

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. H. Hippus

Diagnostik und Therapie psychischer Störungen durch den Allgemeinarzt und den Psychiater

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
MICHAEL WILKE

aus
München

München 1981

Meiner lieben Großmutter gewidmet



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548325_0055

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München

Direktor: Prof.Dr.H. Hippus

DIAGNOSTIK UND THERAPIE PSYCHISCHER STÖRUNGEN DURCH

DEN ALLGEMEINARZT UND DEN PSYCHIATER

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

MICHAEL WILKE

aus

München

München 1981

THE UNIVERSITY OF LEIDEN
LIBRARY

THE UNIVERSITY OF LEIDEN
LIBRARY

THE UNIVERSITY OF LEIDEN
LIBRARY

THE UNIVERSITY OF LEIDEN
LIBRARY



THE UNIVERSITY OF LEIDEN
LIBRARY

THE UNIVERSITY OF LEIDEN
LIBRARY

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:.....Prof. Dr. H. Dilling

Mitberichterstatter:.....Prof. Dr. H. Hippius

Dekan:.....Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 3. 12. 1981

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

=====

	Seite
1. Einleitung	1 - 3
2. Epidemiologische Studien in Allgemeinpraxen	4 - 5
3. Ziele der Untersuchung	6 - 7
4. Methodisches Vorgehen	8 - 13
5. Ergebnisse	
5.1. Bekanntheitsgrad beim Hausarzt	14
5.2. Häufigkeit psychischer Störungen	15
5.2.1. Psychiatrische Diagnosen	15 - 17
5.2.2. Psychiatrische Diagnosen mit Behandlungsbedürftigkeit	17 - 18
5.2.3. Soziodemographische Merkmale	18 - 20
5.2.4. Somatische Diagnosen	20 - 22
5.2.5. Hausbesuche	23 - 24
5.2.6. Soziale Belastung	24 - 26
5.2.7. Frühere psychiatrische Behandlung	27 - 28
5.3. Obereinstimmung in der Fallidentifikation	
5.3.1. Allgemeine Übersicht	29 - 33
5.3.2. Differentialdiagnosen	33 - 36
5.4. Charakterisierung der vom Hausarzt bzw. Interviewer nicht identifizierten Störungen	37 - 39
5.4.1. Soziodemographische Merkmale	39 - 40
5.4.2. Somatische Diagnosen	40
5.4.3. Hausbesuche	40
5.4.4. Soziale Belastung	41
5.4.5. Frühere psychiatrische Behandlung	41

	Seite
5.5. Therapievorschläge	42
5.5.1. Art der Therapie	42 - 45
5.5.2. Soziodemographische Merkmale	45 - 48
5.5.3. brige Merkmale	48 - 49
5.6. Therapeutische Institutionen	50 - 55
5.6.1. Soziodemographische Merkmale	55 - 57
5.6.2. brige Merkmale	57 - 58
5.7. Charakterisierung der Einzelpraxen	59
5.7.1. Soziodemographische Merkmale	59 - 60
5.7.2. brige Merkmale	60 - 61
5.7.3. Psychiatrische Diagnosen	61 - 67
5.7.4. Therapievorschläge	68 - 69
5.7.5. Therapeutische Institutionen	69 - 72
6. Diskussion	73 - 74
6.1. Häufigkeit psychischer Störungen	74 - 79
6.2. Nicht erkannte psychiatrische Morbidität	80 - 82
6.3. Therapeutische Maßnahmen	83 - 89
6.4. Vergleich der Einzelpraxen	89 - 94
7. Zusammenfassung	95 - 96
8. Literatur	97 - 99
Anhang	100 - 117

1. EINLEITUNG =====

Steigende Morbiditätsraten psychogener Erkrankungen, eine stärkere Integration der Erkenntnisse aus der Psychologie in die Medizin und ein durch kritische Publikationen wachsendes Interesse der Öffentlichkeit an der Psychiatrie, haben in den letzten Jahren epidemiologische Studien zur besseren Abschätzung der Problematik erforderlich gemacht. Der Ruf nach einer gemeindenahen, sozialpsychiatrisch orientierten Versorgung verstärkt die Anstrengungen auch in der BRD, den Ansprüchen und Bedürfnissen psychisch Kranker besser gerecht zu werden.

Wie bereits durch verschiedene Untersuchungen (KAESER UND COOPER, 1971; DILLING, 1977) hervorgehoben wurde, nimmt dabei der praktische Arzt auch bei Menschen mit psychischen Störungen als Anlaufstation eine zentrale Stellung ein.

So wurden beispielsweise 54 % aller psychiatrischen Patienten in fünf, von DILLING et al. (1977) untersuchten Nervenarztpraxen in Oberbayern von praktischen Ärzten überwiesen.

In dem Bericht über die Lage der Psychiatrie im Bundestag (1975) gehen die Schätzungen dahin, daß bei ausreichender Versorgung etwa 2 % der über 15 Jahre alten Bevölkerung pro Jahr psychiatrische Dienste in Anspruch nehmen.

Auch die Wichtigkeit der Filterfunktion der praktischen Ärzte wird in diesem Bericht unterstrichen: "Schon die Tatsache, daß psychisch Kranke, die einen praktischen Arzt oder Arzt für Allgemeinmedizin aufsuchen, sehr verschiedenartige Diagnosen auf-

weisen (endogene und exogene Psychosen, altersbedingte psychiatrische Erkrankungen, Neurosen, psychosomatische Störungen, Verhaltensauffälligkeiten besonders bei Kindern und Jugendlichen, Suchtkranke, geistig Behinderte, usw.), erfordert eine Stärkung der Versorgung auf dieser primären Versorgungsebene."

In der Praxis des Allgemeinarztes kommen also psychische Konflikte, Spannungen, Suicidgedanken etc. häufig zum ersten Mal zur Sprache, ebenso wie psychische Auffälligkeiten und Fehlhaltungen meist dort erstmalig der Beobachtung durch einen Fachmann zugänglich werden. Daraus erwächst diesem die Verantwortung, derartige Störungen zu erkennen und richtig beurteilen zu können.

Die diagnostischen und therapeutischen Fähigkeiten des Arztes hängen jedoch in stärkerem Maße von seiner persönlichen Einstellung zu dieser Problematik ab, als bei organischen Erkrankungen.

Seine Erfahrungen auf diesem Gebiet der Medizin, die Einschätzung seiner eigenen therapeutischen Kompetenzen, seine Vertrautheit mit den verschiedenen Therapieformen in der Psychiatrie und deren Indikationen sowie der Bekanntheitsgrad mit dem Patienten prägen sein Handeln.

Auch äußere Faktoren wie Praxisgröße, Entfernung zum nächsten Facharzt oder Nervenkrankenhaus und seine Kooperation mit diesen Institutionen nehmen Einfluß auf sein Verhalten.

Zudem hat sich der praktische Arzt bei psychischen Erkrankungen noch vielfach mit der fehlenden Krankheitseinsicht der Patienten auseinanderzusetzen, vor allem dort, wo die öffentliche Meinung diesbezüglich noch von alten Vorurteilen geprägt wird.

Die Frage, inwieweit die praktischen Ärzte diese Screening-Funktion bezüglich psychiatrischer Erkrankungen erfüllen können, setzt die Frage voraus, welche der Patienten mit psychischen Störungen vom Hausarzt identifiziert werden und welche dieser Patienten von ihnen nicht als psychisch krank erkannt werden.

2. EPIDEMIOLOGISCHE STUDIEN IN ALLGEMEINPRAXEN

=====

Über die Arbeitsweise der Hausärzte und die, ihr ärztliches Handeln beeinflussenden Faktoren war lange Zeit wenig bekannt. In den letzten Jahren haben sich die Erkenntnisse durchgesetzt, daß ein großer Teil der Patienten praktischer Ärzte unter psychischen Störungen leidet, und daß körperliche Erkrankungen nicht selten durch psychische bzw. psychosoziale Probleme ausgelöst oder chronifiziert werden können.

In England und Skandinavien begann man schon vor längerer Zeit, durch ein staatlich organisiertes Gesundheitswesen erleichtert, breit angelegte Untersuchungen über die Tätigkeit der praktischen Ärzte, die Art ihrer Klientel und deren Erkrankungen durchzuführen.

BALINT beispielsweise, der mehr als zwei Jahrzehnte mit praktischen Ärzten in England zusammenarbeitete, hat durch seine bahnbrechenden Untersuchungen der Arzt-Patienten-Interaktion eine, insbesondere für Patienten mit psychischen bzw. psychosomatischen Störungen wichtigen Bereich transparent gemacht.

SHEPHERD et al. (1966) untersuchten Art und Häufigkeit psychischer Störungen in Allgemeinpraxen, sowie die Einstellung niedergelassener Ärzte zur Psychiatrie.

Auch aus Norwegen liegen eine Reihe von Studien über die Tätigkeit der Allgemeinärzte und deren Klientel vor (BENTSEN, 1979; TELJE, 1976; ØGAR, 1977), um nur die Neueren zu nennen.

Schließlich seien noch einige schwedische Arbeiten erwähnt, die sich mit diesem Thema beschäftigten (BERFENSTAM und SMEDBY, 1974; HÄRNQUIST und LINDBOLM, 1972) und die Arbeit von NIELSEN und

NIELSEN (1977), die in Dänemark in Zusammenarbeit mit praktischen Ärzten entstand. In der Bundesrepublik lagen bis vor kurzem auf diesem Gebiet nur einige Studien vor (DREIBHOLZ et al., 1971; MAIER, 1971; RITTER, 1970, JAKUBASCHK et al, 1978), bis DILLING und WEYERER (1978) im Landkreis Traunstein, ZINTL und Mitarbeiter parallel dazu in Mannheim (1978) breitere epidemiologische Untersuchungen der Klientel einer größeren Anzahl von Allgemeinpraxen durchführten, bei der die Häufigkeit psychischer Störungen, die psychiatrische Überweisungsbedürftigkeit und die Einstellung der praktischen Ärzte zur Psychiatrie gemessen wurden. Als größtes Problem bei diesen Studien nannten die Autoren die Schwierigkeit, einen einheitlichen Maßstab für die Beurteilung der festgestellten Störungen und für die Beurteilung der Behandlungs- oder Überweisungsbedürftigkeit zu finden.

Für die Feldstudie, aus der das Material für die vorliegende Arbeit stammt, bei der DILLING und Mitarbeiter seit 1975 1.500 Jugendliche und Erwachsene untersuchten, hatten die Autoren versucht, eine Reihe von Kriterien zu definieren, die Behandlungsbedürftigkeit konstatierten. Nach ihren Überlegungen geht die Notwendigkeit der Behandlungsbedürftigkeit zurück "auf die Zahl der festgestellten Symptome, auf den Gesamtschweregrad der Erkrankung, den Leidensdruck des Patienten, Störungen der primären und sekundären sozialen Beziehungen, die Beeinträchtigung der Freizeitaktivität, sowie die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit".

3. ZIELE DER UNTERSUCHUNG =====

Die Funktion des praktischen Arztes im psychiatrischen Fachbereich ist zunächst eine diagnostische. Nur wenn er Störungen erkennt, kann er weitere Maßnahmen einleiten. Als nächstes stellt sich die Frage der Behandlungsbedürftigkeit. Sollte eine Therapie indiziert sein, so muß entschieden werden, welcher Art die Behandlung sein soll und wer sie durchführt, um den psychisch Kranken die besten Chancen auf Heilung zu ermöglichen. In dieser Arbeit nun soll die Frage untersucht werden, inwieweit sich die Beurteilung psychischer Störungen durch Hausärzte und Interviewer aus der Psychiatrie voneinander unterscheiden und durch welche Charakteristika diese Unterschiede geprägt sind:

- a) Einschätzung der Häufigkeit psychischer Störungen und ihrer Diagnosenverteilung laut Beurteilung durch Interviewer aus der Psychiatrie und niedergelassene Allgemeinärzte.
Erfassung der Patienten, bei denen eine Behandlungsbedürftigkeit festgestellt wurde.
Beschreibung dieser Patienten an Hand soziodemographischer Merkmale, somatischer Diagnosen, sozialer Belastungsfaktoren, früher stattgefundener psychiatrischer Behandlung, sowie durchgeführter Hausbesuche durch den praktischen Arzt.
- b) Feststellung der Übereinstimmung bei der Fallidentifikation und Aufschlüsselung nach obengenannten Merkmalen.
Charakterisierung der Fälle, die von den Hausärzten bzw. Interviewern fehlklassifiziert wurden.

- c) Vergleich der Behandlungsvorschläge und therapeutischen Institutionen zu deren Durchführung.
- d) Beschreibung der elf größten, an der Studie beteiligten Einzelpraxen, Vergleich der Klientel, der Diagnosenhäufigkeit und der Therapievorschläge der einzelnen Hausärzte untereinander.

4. METHODISCHES VORGEHEN =====

Da diese Arbeit einen Teilbereich einer groß angelegten Feldstudie behandelt, soll in diesem Kapitel nur auf Grundsätzliches und darüber hinaus auf für eben diesen Teilbereich speziell Wichtiges der Methodik eingegangen werden.

Alle diejenigen, die an ausführlicheren Informationen über die technischen und statistisch relevanten Voraussetzungen dieser epidemiologischen Studie interessiert sind, werden auf den Bericht über die Hauptstudie von DILLING und WEYERER (1980) verwiesen*.

Als Untersuchungsgebiet wurden drei Gemeinden des Landkreises Traunstein im Regierungsbezirk Oberbayern ausgewählt. Die Oberlegungen für diese Wahl bestanden darin, daß die Autoren bereits in vorangegangenen Jahren in dieser Region die Praxen niedergelassener Nervenärzte und die Klientel zahlreicher Allgemeinärzte analysiert hatten und somit bereits gut vergleichbare Ergebnisse vorlagen. Da diese Erhebung auch eine zusätzliche Befragung der Hausärzte der Probanden einschloß, konnte in diesem Gebiet eine, für die Charakterisierung der Einzelpraxen ausreichende Patientenzahl pro Arzt erwartet werden. Zudem weisen die Gemeinden unterschiedliche Sozialstrukturen auf: Dienstleistungsstadt Traunstein, Industriestadt Traunreut und Landgemeinde Palling. Dadurch war die Möglichkeit gegeben auch die Frage zu untersuchen, inwieweit das Auftreten psychischer Störungen durch das soziokulturelle Umfeld mit geprägt ist.

* Für die freundliche Genehmigung in diesem Kapitel Teile der Hauptstudie zu übernehmen, danke ich den Autoren.

Die allgemeinärztliche Versorgung wird im Landkreis Traunstein im Wesentlichen von 83 niedergelassenen praktischen Ärzten gewährleistet, von denen zwei in Palling, zehn in Traunstein und sieben in Traunreut praktizieren; dies entspricht einer Rate von 1667 Einwohnern pro Allgemeinarzt.

Die ambulante psychiatrische Behandlung wird seit über 20 Jahren vor allem durch einen in Traunstein niedergelassenen Nervenarzt durchgeführt.

Die stationäre Betreuung erfolgt hauptsächlich durch das Bezirkskrankenhaus Gabersee. Ein kleinerer Teil der Patienten wird auch nach München überwiesen, oder in einem der umliegenden psychiatrischen Kliniken stationär behandelt.

Von den übrigen psychosozialen Einrichtungen sind einige Heime für verhaltensgestörte und/oder geistig behinderte Kinder zu erwähnen, außerdem die "Jugendsiedlung Traunreut", die noch nicht berufsreifen Schulabgängern Förderlehrgänge und Ausbildungsmöglichkeiten bietet.

Bei Ehe- und Erziehungsschwierigkeiten steht in Traunstein eine Beratungsstelle zur Verfügung. Die Raten für Diplom-Psychologen und Sozialarbeiter in psychosozialen Institutionen sind im Landkreis Traunstein mit 8,7 bzw. 4,3 je 100.000 Einwohner im Vergleich zu anderen, vor allem großstädtischen Regionen der Bundesrepublik relativ niedrig (DVORAK et al., 1978).

Die Stichprobe von 1536 Probanden (621 in Traunstein, 620 in Traunreut, 295 in Palling) sicherte für die drei Orte insgesamt einen hohen Grad an Repräsentativität. Die zu befragenden Personen wurden mit Hilfe der jeweiligen Gemeindeverwaltungen zufällig durch Ziehung jeder n-ten Karte

aus einer alphabetisch geordneten Kartei "systematisch" ausgewählt. Von den 1536 Befragten gaben 1420 (92,4 %) an einen Hausarzt zu haben, nach Abzug derer, über die vom Hausarzt keine Informationen zu erhalten waren, verblieben 1231 Personen, über die sowohl Beurteilungen der Interviewer als auch der Hausärzte vorlagen. Diese Population ist repräsentativ für die Klientel in den Allgemeinpraxen der drei Untersuchungsorte. Im Unterschied zur früheren Hausarztuntersuchung von DILLING und WEYERER (1978), in der in einem Zeitraum von 14 Tagen Patienten von Allgemeinärzten des Landkreises Traunstein befragt wurden, besteht hier keine Verzerrung der Ergebnisse durch die Häufigkeit der Arztkonsultationen.

Das Erhebungsinstrument für die Untersuchung stellte ein sozial-psychiatrisches Interview dar, dessen Ablauf sich wie folgt gliedert:

- a) soziodemographische Charakterisierung
- b) freies klinisches Interview
- c) Interview nach GOLDBERG et al. (1970)
- d) Fragen zum Alkoholismus
- e) Beschwerdenlisten nach V.ZERSSEN (1976)
- f) Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Einrichtungen
- g) Beurteilung des Interviewers
 - Bericht über jeden Probanden unter Berücksichtigung der Kindheit, sozialen Situation, Gesprächssituation, früherer Krankheiten und des momentanen Befundes.
 - Verlässlichkeit der sozialen und klinischen Angaben
 - psychiatrische Diagnose (ICD) nach Schweregrad, Behandlungsbedürftigkeit, Dauer und Krankheitseinsicht
 - somatische Erkrankungen (ICD) nach Schweregrad.

Das Hauptproblem in einer psychiatrisch-epidemiologischen Feldstudie ist die Fallidentifikation. Dabei muß neben der besonderen Interview-Situation berücksichtigt werden, daß das klinische Interview auch für Personen akzeptabel sein soll, die sich nicht als psychiatrisch auffällig ansehen. Es soll möglichst zeitökonomisch sein, so daß zahlreiche Personen untersucht werden können. Das Interview soll Informationen über eventuelle Symptome und Krankheitszeichen liefern und eine diagnostische Bestimmung ermöglichen, wobei es den psychischen Störungen angemessen sein soll, auf die man bei epidemiologischen Erhebungen gewöhnlich trifft und vor allem den Bereich neurotischer und psychosomatischer Störungen abdecken. Desweiteren soll das Interview zwischen verschiedenen Schweregraden psychischer Störungen differenzieren und möglichst reliable klinische Beurteilungen ermöglichen, die von verschiedenen psychiatrisch geschulten Interviewern reproduziert werden können.

Die genannten Kriterien werden von dem von GOLDBERG und Mitarbeitern am Institut of Psychiatry in London entwickelten, halbstrukturierten Interview in hohem Maße erfüllt.

Es läßt sich in fünf Abschnitte unterteilen:

- a) Es wird im Rahmen eines freien Interviews eine Anamnese des derzeitigen Krankheitszustandes erhoben, wobei eine positive Beziehung zwischen Proband und Forschungspsychiater hergestellt werden soll.
- b) Es werden die in den letzten sieben Tagen aufgetretenen Beschwerden aufgezeichnet und jedes Symptom an Hand einer fünfstufigen Rating Skala beurteilt. Die Skala reicht von 0 (= Symptom nicht vorhanden) bis 4 (= Symptom häufig und stark vorhanden). Zur Erfassung der folgenden Symptome werden ausschließlich die Angaben des Probanden zu

Grunde gelegt: Körperliche Symptome, Hypochondrie, Müdigkeit, Schlafstörungen, Hypnotika-Gebrauch, Reizbarkeit, Konzentrationsmangel, Depression, depressive Gedanken, Angst, Phobie, Zwang und Depersonalisation.

- c) Alle wichtigen Punkte zur Familien- und Sozialanamnese werden notiert.
- d) Während des Interviews bemerkte Auffälligkeiten des Verhaltens, der Stimmung, der Wahrnehmung und des Denkens werden wiederum auf fünfstufigen Skalen eingeschätzt: Langsam, abwehrend, demonstrativ, depressiv, ängstlich, gehoben, affektiv verflacht, Wahn, Halluzinationen und gestörte Intelligenz.
- e) Schließlich wird jeder Fall kurz zusammengefaßt und beschrieben. Für Vergleichszwecke werden Haupt- und Nebendiagnose nach dem internationalen Diagnoseschlüssel psychiatrischer Krankheiten gestellt und der klinische Schweregrad auf einer fünfstufigen Skala beurteilt:
 - 0 = keine Beeinträchtigung
 - 1 = leichte Beeinträchtigung, keine medizinische Intervention notwendig
 - 2 = mäßige Beeinträchtigung, allgemeinärztliche Behandlung
 - 3 = starke Beeinträchtigung, ambulante psychiatrische Behandlung
 - 4 = sehr starke Beeinträchtigung, stationäre psychiatrische Behandlung.

Die vierstelligen ICD-Diagnosen wurden in der Auswertung zu größeren diagnostischen Gruppen zusammengefaßt. Diese Gruppierung hat sich auch schon in früheren Untersuchungen (DILLING und WEYERER, 1978)

bewährt und erlaubt auf diesem Generalisierungsniveau relativ gute Vergleichsmöglichkeiten mit anderen Studien: Da das GOLDBERG-Interview bereits in England erfolgreich angewandt wurde, und auch im deutschsprachigen Raum (ZINTL et al., 1978; DILLING et al., 1978) entsprechende Ergebnisse aus Untersuchungen in Allgemeinpraxen vorliegen, entschieden sich die Autoren für dieses Instrument.

Die Urteilungsübereinstimmung bei den psychiatrischen Interviews nach GOLDBERG sowie die Reliabilität der neun am Projekt beteiligten Psychiater wurde an Hand einer fünfstufigen Rating Skala vor und nach der Felduntersuchung beurteilt. Es wurde eine gute Übereinstimmung für die Interviewer untereinander (Interraterreliabilität) als auch für die einzelnen Interviewer vor und nach der Feldstudie (Intraraterreliabilität) festgestellt.

Da dem Hausarzt in der medizinischen und psychosozialen Versorgung eine wichtige Funktion zukommt und vor allem in kleinstädtisch-ländlichen Regionen ein hoher Anteil der Bevölkerung kontinuierlich von einem Hausarzt behandelt wird, wurde versucht, die Informationen aus den psychiatrischen Interviews durch Angaben der Hausärzte zu ergänzen. Aus diesem Grund wurde im Anschluß an die Feldstudie eine Befragung der Hausärzte mit einem speziell dafür entwickelten Erhebungsbogen durchgeführt. Neben dem Bekanntheitsgrad beim Hausarzt, der Konsultationshäufigkeit, früherer psychiatrischer Behandlung und der sozialen Belastung stand vor allem die diagnostische Beurteilung chronischer psychischer und somatischer Störungen im Vordergrund, wobei ebenso wie bei den Interviewern nach Schweregraden unterschieden war. Bezüglich der psychischen Erkrankungen sollten die Hausärzte die ihrer Meinung nach notwendige Therapie nennen.

5. ERGEBNISSE

5.1. Bekanntheitsgrad beim Hausarzt

Bei insgesamt 1284 Personen konnte sowohl das Interview durch den Psychiater, als auch die Befragung des jeweiligen Hausarztes durchgeführt werden. Die Mehrzahl der Hausärzte waren praktische Ärzte, von den Fachärzten kam lediglich Internisten eine wichtige Hausarztfunktion zu. Nur wenige Probanden gaben einen Gynäkologen, Chirurgen oder Orthopäden als Hausarzt an. Auffallend war, daß über 82 % der Befragten ihrem Hausarzt gut bekannt waren.

53 Interviews konnten jedoch nicht in die Bewertung aufgenommen werden, weil die Probanden ihrem Hausarzt nicht hinreichend bekannt waren, so daß sich dieser kein sicheres Urteil über sie bilden konnte (Tab. 1).

Tabelle 1 BEKANNTHEITSGRAD DER PROBANDEN BEI IHREN HAUSÄRZTEN

Bekanntheitsgrad beim Hausarzt	absolut	Prozent
gut	1058	82,4
mäßig	173	13,5
schlecht	53	4,1
Gesamt	1284	100,0

5.2. Häufigkeit der psychischen Störungen:

Es wurden also 1231 Probanden von Hausärzten und Interviewern aus der Psychiatrie hinsichtlich ihrer psychischen Gesundheit beurteilt; darüber hinaus mußte im Falle einer psychischen Störung auch über deren Behandlungsbedürftigkeit befunden werden, die den Schweregraden 2 bis 4 entspricht. Es zeigt sich, daß die Interviewer deutlich mehr leichte Störungen diagnostizieren als die Hausärzte, während beide Beurteiler behandlungsbedürftige Störungen etwa gleich häufig feststellen (Tab. 2).

Tabelle 2: PSYCHIATRISCHE MORBIDITÄT NACH SCHWEREGRADEN; BEURTEILUNG DURCH HAUSARZT UND INTERVIEWER

Psychiatrische Diagnose	lt. Hausarzt		lt. Interviewer	
	abs.	%	abs.	%
keine	849	69,0	721	58,6
Schweregrad=1	163	13,2	273	22,2
Schweregrad ≥ 2	219	17,8	237	19,2
Gesamt	1231	100,0	1231	100,0

5.2.1. Psychiatrische Diagnosen

Die vom Interviewer identifizierte Gesamtmorbidität psychischer Störungen (Tab. 3) liegt mit 41,4 % um etwa 10 % über dem von den Hausärzten gefundenen Wert (31,0 %). Stellt man nun die einzelnen Diagnosen von Hausarzt und Interviewer einander gegenüber, so lassen sich die Unterschiede in der Häufigkeit fast

ausschließlich auf die Gruppe der neurotischen und psychosomatischen Erkrankungen zurückführen, die die Psychiater bei 27,0 % aller Befragten, die Hausärzte bei 15,9 % diagnostizierten ($\chi^2 = 76,28$; 1 df; $p \leq .001$).

Tabelle 3: PSYCHIATRISCHE DIAGNOSEN

Psychiatrische Diagnose (Schweregrad 1 - 4)	laut Hausarzt		laut Interviewer	
	abs.	%	abs.	%
(prä)senile Demenz	38	3,1	38	3,1
andere organische psychiatrische Erkrankungen	9	0,7	14	1,1
Schizophrenie	4	0,3	4	0,3
affektive und andere Psychosen	20	1,6	18	1,5
neurotische und psychosomatische Erkrankungen	196	15,9	332	27,0
Persönlichkeitsstörungen	56	4,5	40	3,2
Alkoholismus oder Drogenabhängigkeit	43	3,5	46	3,7
Oligophrenie	16	1,3	18	1,5
GESAMT	382	31,0	510	41,4
% bezogen auf n =	1231		1231	

Der Hausarzt stellt die Diagnose Persönlichkeitsstörungen etwas häufiger als der Interviewer ($\chi^2 = 6,61$; 1 df; $p \leq .05$). Bei dieser Krankheitsgruppe sei angemerkt, daß zwischen ihr und den neurotischen Störungen zwar per definitionem unterschieden werden kann, daß sie sich aber in Erscheinungsbild und Symptomatik

oft nur schwer differenzieren lassen. Zudem befinden sich unter den von den Hausärzten identifizierten Störungen auch einige sehr unklare Zustandsbilder, die nicht eindeutig als Persönlichkeitsstörungen beurteilt wurden, dieser Diagnosengruppe jedoch am ehesten zugeordnet werden konnten.

5.2.2. Psychiatrische Diagnosen mit Behandlungsbedürftigkeit

Beim Vergleich der behandlungsbedürftigen psychischen Störungen zeigen sich geringere Unterschiede. Die psychiatrischen Interviewer diagnostizieren bei 19,3 %, die Hausärzte bei 17,8 % der untersuchten Personen behandlungsbedürftige psychiatrische Erkrankungen.

Tabelle 4: PSYCHIATRISCHE DIAGNOSEN MIT BEHANDLUNGSBEDÜRFTIGKEIT

Psychiatrische Diagnose (Schweregrad 1 & 2)	laut Hausarzt		laut Interviewer	
	abs.	%	abs.	%
(prä)senile Demenz	29	2,4	20	1,6
andere organische psychiatrische Erkrank.	3	0,2	7	0,6
Schizophrenie	4	0,3	4	0,3
affektive und andere Psychosen	14	1,1	14	1,1
neurotische und psycho- somatische Erkrankungen	117	9,5	150	12,2
Persönlichkeitsstörungen	7	0,6	8	0,6
Alkoholismus oder Drogenabhängigkeit	35	2,8	22	1,8
Oligophrenie	10	0,8	12	1,0
GESAMT	219	17,8	237	19,3
% bezogen auf n =	1231		1231	

Hierbei wurde von den Hausärzten (prä)senile Demenz ($\chi^2 = 4,12$; 1 df; $p < .05$) und Alkoholismus ($\chi^2 = 7,82$; 1 df; $p < .01$), von seiten der psychiatrischen Interviewer neurotische und psychosomatische Erkrankungen ($\chi^2 = 8,27$; 1 df; $p < .01$) häufiger diagnostiziert (Tab. 4).

5.2.3. Soziodemographische Merkmale

Zur soziodemographischen Charakterisierung der Befragten wurden Geschlecht, Haushaltsgröße, Berufsausbildung, die soziale Schicht nach KLEINING und MOORE sowie die Schulbildung und das Alter verwendet. Um zu niedrige Fallzahlen zu vermeiden, konnte bei der Haushaltsgröße nur zwischen Ein- und Mehrpersonenhaushalten unterschieden werden.

Die relativ grobe Alterseinteilung in drei Gruppen ergab sich aus dem geringen Anteil Jugendlicher und Adoleszenter an der psychiatrischen Gesamtmorbidität. Es erschien am sinnvollsten, sie in die Altersgruppe bis 44 Jahre mitaufzunehmen.

Die Prozentwerte (siehe Anhang Tabelle I) sind so berechnet, daß sie den jeweiligen Anteil aller untersuchten Personen mit derselben Merkmalsausprägung wiedergeben, bei denen die Psychiater bzw. Hausärzte psychische Störungen feststellten.

Die Aufschlüsselung psychisch auffälliger Probanden (Schweregrad 1 - 4) nach soziodemographischen Merkmalen läßt erkennen, daß Hausarzt- und Interviewerurteil bezüglich einzelner Variabler verschieden stark differieren.

So werden von den Psychiatern psychische Störungen am häufigsten bei Personen aus der sozialen Schicht V diagnostiziert (56,4 %). Über die Hälfte (50,7 %) aller Probanden aus Einpersonenhaushalten leiden laut Interviewerurteil unter behandlungsbedürftigen psychischen Störungen

Die niedrigsten Morbiditätsraten finden sich in der Beurteilung der Interviewer bei Personen aus den sozialen Schichten I und II (36,1 %) und in der Gruppe mit mittlerer und höherer Schulbildung.

Die Raten der Hausärzte weisen geringere Schwankungen auf. Ihre höchsten Werte ergeben sich für Einpersonenhaushalte (38,7 %) und Personen aus der sozialen Schicht V (36,8 %), die niedrigsten Raten psychischer Störungen weist laut Hausarzturteil die Altersgruppe der 15- bis 44-jährigen (27,0 %) und Probanden mit mittlerer und höherer Schulbildung (28,0 %) auf.

Untersucht man nun die Probanden mit behandlungsbedürftigen Störungen, so zeigt sich, daß die Interviewer bei Personen ohne abgeschlossene Berufsausbildung ($p < .05$) und denen aus der untersten sozialen Schicht ($p < .01$) mäßig bis stark ausgeprägte psychiatrische Erkrankungen signifikant häufiger diagnostizieren.

Zusätzlich wird bei den Morbiditätsraten beider Untersucher bezüglich der sozialen Schichten die Tendenz deutlich, daß behandlungsbedürftige Störungen psychischer Genese von den oberen Int.: 10 %; HA 16 %) zu den unteren Schichten hin (Int.: 40 %; HA 24 %) zunehmen (Anhang Tabelle I).

Analysiert man die größte Diagnosengruppe neurotische und psychosomatische Erkrankungen, so wird von beiden Untersuchern bei weiblichen Probanden beinahe doppelt so häufig eine Behandlungsbedürftigkeit festgestellt als bei Männern.

Signifikante Unterschiede bei diesen Störungen ergeben sich für Einpersonenhaushalte, Personen ohne abgeschlossene Berufsausbildung, Zugehörige der sozialen Schicht V und für Personen zwischen 45 und 64 Jahren. Bei diesen Personengruppen stellen die Psychiater deutlich häufiger behandlungsbedürftige Auffälligkeiten fest als die Hausärzte (Anhang Tabelle II).

5.2.4. Somatische Diagnosen

Laut Beurteilung durch die Allgemeinärzte sind 31,6 % der Befragten körperlich gesund, 8,4 % leiden unter einer leichten, 59,9 % unter einer mäßig bis sehr stark ausgeprägten körperlichen Krankheit (Tab. 5).

Tabelle 5: SOMATISCHE MORBIDITÄT LAUT HAUSARZT

Somatische Diagnose (Hausarzt)	absolut	Prozent
keine	389	31,6
leicht	104	8,4
mäßig	584	47,4
stark	131	10,6
sehr stark	23	1,9
GESAMT	1231	99,9

Die Untersuchung der Frage nach dem körperlichen Gesundheitszustand derjenigen Probanden, bei denen Hausarzt bzw. Psychiater psychische Störungen festgestellt hatten, ist in Tabelle 6 veranschaulicht.

Sowohl bei den behandlungsbedürftigen, als auch den psychischen Störungen insgesamt weisen die vom Allgemeinarzt identifizierten Personen einen um etwa 10 % höheren Anteil somatischer Beschwerden (Schweregrad 1 - 4) auf. Besonders deutlich unterscheiden sich die Raten bei den Probanden, die an einer mäßig bis sehr stark ausgeprägten, also behandlungsbedürftigen körperlichen Erkrankung leiden.

Nach Meinung der Hausärzte müssen 70,7 % aller Personen mit psychischen Auffälligkeiten wegen einer körperlichen Erkrankung behandelt werden, nach Meinung der Interviewer sind es nur 39,4 %. Ähnlich verhält sich die Verteilung bei den psychiatrischen Erkrankungen mit Behandlungsbedürftigkeit. So ist laut Urteil der praktischen Ärzte bei über 70,8% der Befragten mit einer behandlungsbedürftigen psychiatrischen Erkrankung auch eine behandlungsbedürftige körperliche Erkrankung festzustellen. Bei den Interviewern liegt dieser Wert bei 49,4 %. Die Psychiater ihrerseits finden unter allen Probanden mit psychischen Störungen in etwa einem Viertel der Fälle leichte somatische Beschwerden, bei den Hausärzten liegt dieser Prozentsatz deutlich niedriger (5,0 %).

Tabelle 6: PSYCHIATRISCHE DIAGNOSEN NACH KÖRPERLICHEM GESUNDHEITZUSTAND DER PROBANDEN: IDENTIFIZIERUNG DURCH INTERVIEWER UND HAUSARZT

Psychiatrische Diagnosen in Prozent	Schweregrad ≥ 2		Signifikanz		Schweregrad 1-4		Signifikanz	
	Psychiater n = 237	Hausarzt n = 219	chi ² 2 df		Psychiater n = 510	Hausarzt n = 382	chi ² 2 df	
Somatische Diagnose								
somatisch gesund	33,8	25,6	29,66***		35,5	24,3	102,44***	
S = 1	16,9	3,7			25,1	5,0		
S ≥ 2	49,4	70,8			39,4	70,7		
S = 1 - 4	66,3	74,5			64,5	75,7		

*** p $\leq$.001

Tabelle 7: ZUSAMMENHANG ZWISCHEN HAUSBESUCH DURCH DEN HAUSARZT UND FALLIDENTIFIKATION LAUT PSYCHIATER
UND HAUSARZT

Hausbesuch in den letzten 12 Monaten	psychiatrische Diagnose in Prozent	Schweregrad 2		Schweregrad 1 - 4		Signifikanz χ^2 1 df
	Σ	Psychiater n = 237	Hausarzt n = 219	Psychiater n = 510	Hausarzt n = 382	
Probanden mit Hausbesuch	13,6	27,4	23,4	20,0	21,8	0,44
Probanden ohne Hausbesuch	86,4	72,6	76,6	80,0	78,2	

5.2.5. Hausbesuche

Vergleicht man die Probanden mit psychischen Störungen hinsichtlich der, in den letzten 12 Monaten von ihrem Hausarzt durchgeführten Hausbesuche, unterscheidet sich die Häufigkeit in der Diagnosestellung beider Beurteiler nur geringfügig. 13,6 % aller befragten Personen hatten ihren Hausarzt ein- oder mehrmals ins Haus gerufen. Ihr Anteil an der psychiatrischen Gesamtmorbidität beträgt laut Interviewerurteil 20 %, laut Hausarzturteil 21,8 %. Unter den behandlungsbedürftigen Störungen sind diese Probanden nach Meinung der Psychiater in 27,4 % der Fälle vertreten (HA: 23,4 %) (Tab.7).

5.2.6. Soziale Belastung

Der Einfluß sozialer Faktoren auf die Gesundheit ist längst bekannt. Die praktischen Ärzte waren bei etwa einem Drittel aller Befragten über deren soziale Belastungsfaktoren informiert. Krankheit in der Familie, Partnerprobleme, Schwierigkeiten in Schule und Beruf wurden am häufigsten als Ursachen angegeben (Tab. 8 und 9).

Im Vergleich mit den Psychiatern zeigt sich, daß derartige Faktoren bei der Beurteilung psychischer Störungen eine nicht unerhebliche Rolle spielen. So stellten die Hausärzte bei 53,9 % der Personen mit einer sozialen Belastung eine psychiatrische Diagnose (Schweregrad 1 - 4), die Interviewer bei nur 40,2 % ($p < .001$). Auch hinsichtlich der behandlungsbedürftigen Erkrankungen liegt die Rate der Allgemeinärzte bei diesen Probanden mit 55,7 % signifikant unter derjenigen der psychiatrischen Interviewer (44,3 %) (Tab. 10).

Tabellen 8 und 9: URSACHEN SOZIALER BELASTUNG LAUT HAUSARZT

Soziale Belastung	absolut	Prozent
nein	731	59,4
ja	397	32,3
unbekannt	103	8,4
GESAMT	1231	100,1

Belastung durch:	absolut	Prozent (bezogen auf n = 1231)
Krankheit in der Familie	121	9,8
Partnerprobleme	69	5,6
Schule-Beruf	58	4,7
eigene Krankheit	51	4,1
Todesfall	35	2,8
Probleme mit Kindern	31	2,5
Probleme mit Eltern	29	2,4
Kontaktschwierigkeiten	16	1,3
Überforderung	15	1,2
finanzielle Schwierigkeiten	4	0,3
sonstige Probleme	45	3,7
GESAMT	474	

474 = 397 = 77 Mehrfachbelastungen

Tabelle 10: HÄUFIGKEIT PSYCHIATRISCHER DIAGNOSEN BEI PROBANDEN MIT UND OHNE SOZIALE BELASTUNGSFAKTOREN
LAUT HAUSARZURTEIL

Psychiatrische Diagnosen in Prozent soziale Belastung laut Hausarzt	Schweregrad ≥ 2 Psychiater n = 237 Hausarzt n = 219	Signifikanz chi ² 2 df	Schweregrad 1 - 4 Psychiater n = 510 Hausarzt n = 382	Signifikanz chi ² 2 df
keine	48,5		51,6	
ja	44,3	9,30**	40,2	16,69***
unbekannt	7,2		8,2	

** p = < .01; *** p = < 0.001

5.2.7. Frühere psychiatrische Behandlung

Den Hausärzten war bei 68 Patienten eine frühere ambulante psychiatrische Behandlung bekannt; demgegenüber gaben 85 der Befragten selbst an, daß sie bereits früher einmal in ambulanter Behandlung gewesen seien.

Von einer stationären Behandlung wußten die Hausärzte bei 7 von 9 Fällen. 20 Probanden waren nach eigenen Angaben früher einmal sowohl ambulant als auch stationär behandelt worden, wobei die Hausärzte in 7 Fällen davon Kenntnis hatten (Tab. 11).

Tabelle 11: FROHER STATTGEFUNDENE PSYCHIATRISCHE BEHANDLUNG; ANGABEN VON HAUSÄRZTEN UND PROBANDEN

frühere psychiatrische Behandlung	laut Hausarzt		laut Probanden	
	abs.	%	abs.	%
keine	1017	82,6	1117	90,7
nur ambulant	68	5,5	85	6,9
nur stationär	7	0,6	9	0,7
ambulant und stationär	7	0,6	20	1,6
unbekannt	132	10,7	----	----
GESAMT	1231	100,0	1231	99,9

Der Vergleich der Diagnosenhäufigkeit bei Probanden mit einer vorangegangenen psychiatrischen Behandlung zeigt insgesamt keine auffälligen Unterschiede zwischen den von den praktischen Ärzten und den Psychiatern gefundenen Werten (Tab. 12).

Tabelle 12: HÄUFIGKEIT PSYCHIATRISCHER DIAGNOSEN BEI PROBANDEN MIT UND OHNE FRÜHERE PSYCHIATRISCHE BEHANDLUNG

frühere psychiatrische Behandlung	Diagnosenanteil in % s = 1 - 4		Signifikanz chi ² 2 df
	Psychiater n = 510	Hausarzt n = 382	
keine	76,7	73,8	1,16
ambulant	18,0	20,2	
stationär	5,3	6,0	

5.3. Übereinstimmung in der Fallidentifikation

5.3.1. Allgemeine Übersicht

Nachdem die Beurteilungen psychischer Störungen durch Hausarzt und Psychiater im vorangegangenen Abschnitt quantitativ gegenübergestellt wurden, sollen nun die Charakteristika analysiert werden, die diese Unterschiede kennzeichnen.

Tabelle 13 zeigt für Hausärzte und Interviewer hinsichtlich der psychiatrischen Fallidentifikation in 61,6 % der Fälle eine vollständige Übereinstimmung, wobei einheitlich von beiden Beurteilern bei 48,4 % aller Probanden keine, bei 4,5 % eine leichte und bei 8,7 % eine behandlungsbedürftige psychische Störung festgestellt wurde.

In 7,7 % stellten Arzt und Interviewer eine psychiatrische Diagnose, die sich jedoch in der Einschätzung des Schweregrades unterschied. Bei 3,7 % aller Probanden schätzte der Interviewer den Schweregrad höher ein, bei 4,0 % der Hausarzt.

Bei 18,7 % aller Probanden stellte ein Untersucher keine Störung, der andere eine leichte psychische Störung fest. Dabei zeigte sich, daß die psychiatrischen Interviewer deutlich mehr leichte Störungen (13,7 %) diagnostizierten als die praktischen Ärzte. Diese stellten nur in 5,0 % der Fälle eine leichte psychiatrische Erkrankung fest, die die Interviewer nicht beobachteten.

Tabelle 13: FALLIDENTIFIKATION ZWISCHEN PSYCHIATRISCHEM INTERVIEWER UND HAUSARZT. DIE PROZENTZAHLEN
BEZIEHEN SICH AUF n = 1231.

Psychiatrische Diagnose (Interviewer)	Psychiatrische Diagnose (Hausarzt)					
	keine abs.	%	Schweregrad = 1 abs.	%	Schweregrad $\geq$ 2 abs.	Gesamt abs. %
keine	596	48,4	62	5,0	63	721 58,6
Schweregrad = 1	169	13,7	55	4,5	49	273 22,2
Schweregrad $\geq$ 2	84	6,8	46	3,7	107	237 19,3
GESAMT	849	68,9	163	13,2	219	1231 100,0

1. Übereinstimmung von Interviewer und Arzt: 61,6 % (48,4 + 4,5 + 8,7)
 2. Unterschied: Schweregrad 1 und Schweregrad $\geq$ 2 7,7 % (3,7 + 4,0)
 3. Unterschied: keine Diagnose und Schweregrad 1 18,7 % (13,7 + 5,0)
 4. Unterschied: keine Diagnose und Schweregrad $\geq$ 2 11,9 % (6,8 + 5,1)
(eindeutige Fehlklassifikation)
- GESAMT
99,9 %

Eindeutige Fehlklassifikationen finden sich in 11,9 % aller Beurteilungen, wobei bei 6,8 % der Interviewer eine psychiatrische Diagnose mit einem Schweregrad ≥ 2 stellte, der Hausarzt keinerlei psychische Störungen diagnostizierte. Umgekehrt stellten in 5,1 % der Fälle die Hausärzte behandlungsbedürftige, die Interviewer hingegen keinerlei Störungen fest.

Um nun für die Praxis relevante Werte zu erhalten, können die Beurteilungen, bei denen ein Untersucher eine leichte ($S = 1$), der andere eine mäßig bis ausgeprägt starke Störung ($S \geq 2$) feststellte, als übereinstimmend bewertet werden, da in beiden Fällen die Symptome und deren Träger zunächst einmal identifiziert sind, und der Patient damit bereits unter ärztlicher Beobachtung steht, als Voraussetzung, eine eventuell notwendig werdende Therapie einzuleiten. Danach ergibt sich eine prozentuale Obereinstimmung von 69,3 % ($20,9 \% + 48,4 \%$) und eine unterschiedliche Beurteilung in 30,6 % ($20,5 \% + 10,1 \%$). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch DILLING und WEYERER in ihrer früheren Arbeit (1978). Hier betrug der Anteil der durch Hausärzte und Psychiater übereinstimmend beurteilten Probanden 74 % (Abb. 1).

Bezogen auf die soziodemographischen Merkmale schwanken die Obereinstimmungsraten zwischen 61,5 % (soziale Schicht V) und 71,8 % (Männer). Der Vergleich dieser Merkmale zeigt keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Identifizierung psychischer Störungen durch beide Untersucher (siehe Anhang Tabelle III).

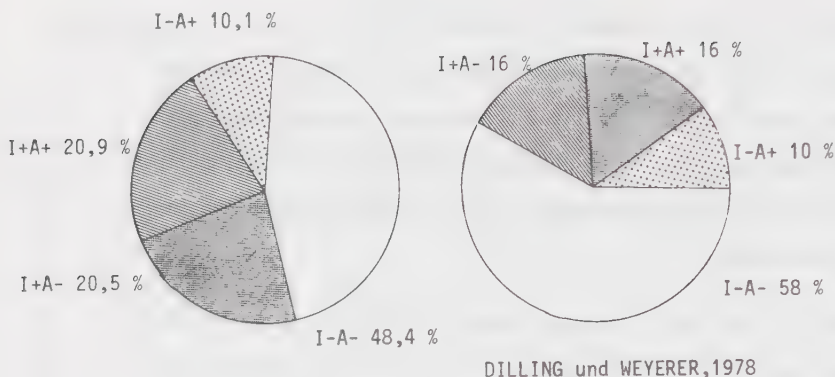


Abbildung 1: Obereinstimmung in der Fallidentifikation durch Interviewer(I) und Hausärzte (A)
 + = psychische Störung
 - = keine Störung

Die Analyse der Parameter somatische Diagnose, Hausbesuche und soziale Belastung ergab eine weitgehende Obereinstimmung beider Untersucher bei der Fallidentifikation.

Bei früher bereits psychiatrisch vorbehandelten Patienten weisen die Beurteilungen der Interviewer und der Allgemeinärzte deutlich größere Obereinstimmungsraten auf ($p < .05$), als bei Probanden ohne psychiatrische Vorbehandlung.

Die höchste Obereinstimmungsrate wurde bei Probanden erzielt, die bereits stationär behandelt worden waren (86,2 %). Auch bei vorangegangener ambulanter Therapie (74,3 %) liegt der Wert über dem für nicht psychiatrisch vorbehandelte Personen (68,3 %) (siehe Anhang Tabelle IV).

DILLING und WEYERER (1978) konnten in ihrer Untersuchung bei praktischen Ärzten ähnliche Tendenzen aufzeigen. Sie kamen zu dem Ergebnis, daß zwei Drittel der von Hausärzten und Psychiatern für überweisungsbedürftig gehaltenen Patienten bereits früher ambulant (37 %) bzw. stationär (30 %)vorbehandelt waren. Von den Patienten, die entweder der Hausarzt oder der Interviewer für überweisungsbedürftig gehalten hatte, waren dagegen etwa nur ein Viertel früher in ambulanter, ca. 5 % in stationärer Behandlung. Allerdings sollte berücksichtigt werden, daß dort die Überweisungsbedürftigkeit untersucht wurde, die nicht mit der hier verwendeten Einteilung der Behandlungsbedürftigkeit in Schweregrade übereinstimmt.

5.3.2. Differentialdiagnosen

Untersucht man nun die Beurteilung psychischer Störungen durch Hausärzte und Interviewer aus der Psychiatrie in Bezug auf einzelne Diagnosen, so lassen sich die Obereinstimmungsraten einerseits für die Fallidentifikation, zum anderen für die differentialdiagnostische Zuordnung dieser Störungen bestimmen (Tab. 14). Legt man die Diagnosen der Interviewer zugrunde, addieren sich die Obereinstimmungsraten bei der Fallidentifikation aus der Zahl der Probanden, bei denen die Hausärzte die gleiche Diagnose stellen (I+A+) und denen, deren Störungen sie einer anderen Diagnose zuordnen (I+A-).

Diag.

Tabelle 14: ÜBEREINSTIMMUNG DER FALLIDENTIFIKATION UND DIFFERENTIALDIAGNOSTIK VON INTERVIEWERN UND HAUSÄRZTEN

Übereinstimmungsrate bei psychiatrischen Diagnosen (s = 1 - 4) lt. Interviewerurteil (I+)	(2)+(3)=n n = 100 %	Diagnosen laut Hausarzt		Fallidenti- fikation (1)+(2) gesamt abs. %	DILLING & WEYERER, 1978	
		I + A + (1) abs. %	I + A - (2) abs. %		I + A + Falliden- tifika- tion abs. %	Diagnosen gesamt lt. Interviewer 100 %
(prä)senile Demenz	38	7 18,4	10 26,2	17 44,7	11 27,5	40
andere organische psychiatrische Erkrank.	14	3 21,4	5 35,7	8 57,1	7 36,8	19
Schizophrenie	4	2 50,0	2 50,0	4 100	5 100	56
affektive und andere Psychosen	18	2 11,1	10 55,5	12 66,6	28 68,3	41
neurotische und psychosomatische Erkrankungen	332	116 34,9	49 15,0	165 49,9	112 44,3	253
Persönlichkeitsstörungen	40	5 12,5	9 22,5	14 35,0	18 42,9	42
Alkoholismus oder Drogenabhängigkeit	46	19 41,3	5 11,0	24 52,3	6 37,5	16
Oligophrenie	18	10 55,5	3 16,6	13 72,2	14 48,3	29
GESAMT	510	164 32,3	193 18,2	257 50,4	201 45,2	445

Ein Drittel aller psychiatrischen Diagnosen laut Interviewer wird von den praktischen Ärzten übereinstimmend gestellt. In 18 % kommen die Hausärzte zu einer anderen Differentialdiagnose. Demnach ergibt sich eine Übereinstimmung in der Fallidentifikation von etwa 50 %.

Die genaue Aufschlüsselung nach Differentialdiagnosen ist im Anhang Tabelle V wiedergegeben.

Im Vergleich zu den Ergebnissen der Studie von DILLING und WEYERER erkennt man, daß die Übereinstimmungsraten bei der Mehrzahl der Diagnosen zugenommen haben. Von den wenigen Fällen mit der Diagnose Schizophrenie abgesehen, die ohne Ausnahme von beiden Untersuchern identifiziert wurden, fällt die bessere Übereinstimmung vor allem bei der Erkrankung Oligophrenie auf. Bei etwa drei Viertel der Probanden mit dieser vom Interviewer gestellten Diagnose, werden auch vom Hausarzt psychische Störungen festgestellt. 1978 konnte dieses Ergebnis nur in der Hälfte dieser Fälle erzielt werden.

Zwei Drittel der Probanden mit affektiven und anderen Psychosen wurden vom Hausarzt als psychisch auffällig eingeschätzt, jedoch stellten sie in nur etwa 10 % der Fälle die gleiche Diagnose wie die Interviewer.

In Übereinstimmung mit dem Interviewerurteil werden Oligophrenie (55 %), Alkoholismus (41 %) und neurotische bzw. psychosomatische Störungen (35 %) auch von den Hausärzten am häufigsten diagnostiziert.

Persönlichkeitsstörungen werden von den Allgemeinärzten bei nur einem Achtel aller Personen festgestellt, bei denen die Psychiater

diese Störungen identifizierten. Auch bei der Fallidentifikation findet sich bei dieser Diagnose eine relativ geringe, im Vergleich zur Studie von 1978 niedrigere Übereinstimmungsrate, die jedoch durch die Subsummierung unklarer Zustandsbilder in dieser Diagnosengruppe mitbedingt sein dürfte.

In Abbildung 2 sind die Übereinstimmungsraten den Raten für nicht erkannte psychische Störungen gegenübergestellt.

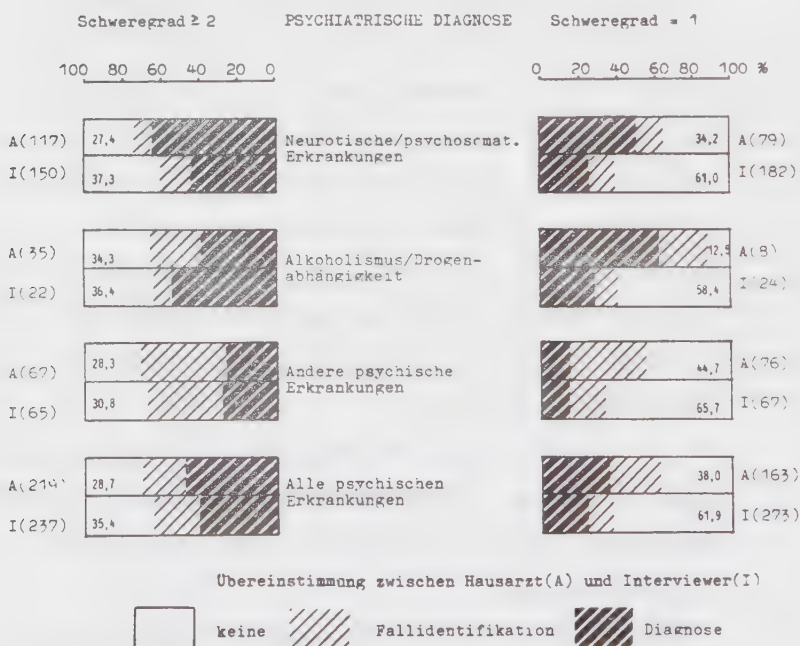


Abbildung 2: Diagnostische Übereinstimmung zwischen Hausarzt und Interviewer.

5.4. Charakterisierung der vom Hausarzt bzw. Interviewer nicht identifizierten Störungen

Aus dem Vergleich der Übereinstimmungsraten ging hervor, daß bei 125 Probanden (10,1 %) nur die Hausärzte, bei 253 der Befragten (20,5 %) nur die Psychiater eine psychische Störung diagnostizierten. In diesem Kapitel soll nun die Frage untersucht werden, ob es Merkmale gibt, welche die Population der vom Interviewer bzw. vom praktischen Arzt nicht als psychisch auffällig identifizierten Probanden charakterisieren. Tabelle 15 veranschaulicht die von den Hausärzten (I+A-) bzw. den Interviewern (I-A+) nicht identifizierten Störungen aller Schweregrade für die einzelnen Diagnosengruppen.

Die Werte beziehen sich hierbei auf die Gesamtzahl der vom jeweiligen Beurteiler identifizierten Fälle mit dieser Diagnose. Im Vergleich zu den von DILLING und WEYERER (1978) veröffentlichten Ergebnissen zeigt sich eine Abnahme besonders bei den Fällen, die die Hausärzte für psychisch auffällig hielten, bei denen die Interviewer jedoch keine Störungen feststellen konnten. Insgesamt wurden etwa die Hälfte der Probanden mit psychischen Störungen laut Psychiaterurteil von den Hausärzten nicht erkannt. Umgekehrt konnten die Interviewer bei knapp einem Drittel der von den Allgemeinärzten festgestellten Störungen keine psychischen Auffälligkeiten feststellen. Die von den praktischen Ärzten (bzw. psychiatrischen Interviewern) nicht identifizierte psychiatrische Morbidität schwankt je nach Diagnose zwischen 28 % bei Oligophrenie (19 % laut Interviewer) und 65 % bei Persönlichkeitsstörungen (52 % laut Interviewer). Die Raten nicht identifizierter

Tabelle 15: VERGLEICH DER VON INTERVIEWERN UND HAUSARZTEN NICHT IDENTIFIZIERTEN STÖRUNGEN NACH DIAGNOSEN

Psychiatrische Diagnose (Schweregrad 1 - 4)	I+A- (% v. I+) abs.		I+ (n = 100 %)	I-A+ (% v. A+) abs.	A+ (n = 100 %)	DILLING und WEYERER (1978)				A+ (n = 100 %)		
						I+A- (% v. I+) abs.		I+ (n = 100 %)			I-A+ (% v. A+) abs.	
(prä)senile Demenz	21	55,3	38	13	34,2	38	29	72,5	40	12	57,1	21
andere organische psychiatr. Erkrank.	6	42,9	14	4	44,5	9	12	63,2	19	6	60,0	10
Schizophrenie	-	-	4	-	-	4	-	-	5	3	60,0	5
affektive und andere Psychosen	6	33,3	18	4	20,0	20	13	31,7	41	7	20,0	35
neurotische und psychosomatische Erkrank.	167	50,1	332	59	30,1	196	141	55,7	253	85	42,3	201
Persönlichkeitsstörungen	26	65,0	40	29	51,8	56	24	57,1	42	8	33,3	24
Alkoholismus oder Drogenabhängigkeit	22	47,7	46	13	30,2	43	10	62,5	16	7	43,8	16
Oligophrenie	5	27,8	18	3	18,8	16	15	51,7	29	-	-	8
GESAMT	253	49,6	510	125	32,7	382	244	54,8	445	154	43,4	355
Anteil S ≥ 2	84	35,4	237	63	28,8	219	-	-	-	-	-	-

psychischer Störungen nahmen im Vergleich zu der Studie von 1978 vor allem bei den Diagnosen (prä)senile Demenz, andere organische psychiatrische Erkrankungen und Alkoholismus deutlich ab.

5.4.1. Soziodemographische Merkmale

Für die soziodemographische Charakterisierung der Probanden, die von den Interviewern nicht als psychisch auffällig eingeschätzt wurden, wurden diese Fälle den Probanden gegenübergestellt, bei denen sie psychiatrische Störungen festgestellt hatten. Die nicht erkannten Störungen mit Behandlungsbedürftigkeit entsprechen den eindeutig fehlklassifizierten Fällen. Die Beurteilungen durch die Psychiater (siehe Anhang Tabelle VI) zeigten bezüglich dieser Variablen keine wesentlichen Auffälligkeiten. Bei den von den Allgemeinärzten nicht identifizierten Störungen fällt der höhere Anteil von Probanden ohne abgeschlossene Berufsausbildung auf ($p < .05$). Noch deutlicher wird dieser Unterschied bei den behandlungsbedürftigen Störungen (siehe Anhang Tabelle VII). Hier zeigt sich, daß 70 % der Personen, die von den Hausärzten fehlklassifiziert wurden, keine abgeschlossene Berufsausbildung hatten, während deren Anteil bei den seitens der Hausärzte festgestellten Störungen mit Behandlungsbedürftigkeit nur 47,5 % betrug. Ein Großteil der Fehldiagnosen resultierte dabei aus der Gruppe der neurotischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen die die Hausärzte bei Probanden ohne abgeschlossene Berufsausbildung häufiger stellten (siehe Anhang Tabelle VIII).

Auch hinsichtlich der sozialen Schicht unterscheiden sich die von den Hausärzten nicht identifizierten Störungen. Bei den behandlungsbedürftigen Fällen gehören etwa zwei Drittel der Fehlklassifizierungen durch die Hausärzte den beiden untersten Schichten an.

5.4.2. Somatische Diagnosen

Mit Rücksichtnahme auf die Höhe der Fallzahlen wurde bei den übrigen Variablen auf die Unterscheidung nach Behandlungsbedürftigkeit verzichtet. Das Vorliegen einer körperlichen Erkrankung scheint auf die Identifizierung psychischer Störungen durch den praktischen Arzt Einfluß zu nehmen.

Bei 70 % der von den Hausärzten identifizierten Personen mit einer psychiatrischen Erkrankung lag gleichzeitig laut Hausarzturteil eine behandlungsbedürftige körperliche Erkrankung vor. Bei den von ihnen nicht identifizierten Störungen kamen die praktischen Ärzte auf einen niedrigeren Anteil somatischer Störungen mit Behandlungsbedürftigkeit (58 %; $p < .01$).

5.4.3. Hausbesuche

Die von den Allgemeinärzten identifizierten Personen mit psychischen Störungen weisen einen deutlich höheren Anteil von Probanden auf, bei denen die Ärzte auf Hausbesuch waren als diejenigen, deren Störungen von den Hausärzten nicht erkannt worden waren ($p < .01$).

5.4.4. Soziale Belastung

Ein wichtiger Faktor bei der Fallidentifikation psychischer Störungen durch die Hausärzte ist die Kenntnis des sozialen Umfeldes des Patienten. Über die Hälfte der Probanden mit psychischen Störungen laut Hausarzturteil leiden unter sozialen Belastungen. Demgegenüber sind den Hausärzten bei den nicht identifizierten Erkrankungen in nur einem Viertel der Fälle soziale Belastungsfaktoren bekannt ($p < .001$).

Bereits die Ergebnisse von DILLING und WEYERER (1978) konnten den Einfluß des Bekanntheitsgrades von Hausarzt und Patient auf die Erkennung psychischer Störungen aufzeigen.

5.4.5. Frühere psychiatrische Behandlung

Beide Untersucher diagnostizierten etwa ein Viertel aller psychischen Störungen bei psychiatrisch vorbehandelten Patienten, Bei diesen Probanden wurden psychiatrische Erkrankungen sowohl von Interviewer als auch Hausarzt deutlich häufiger erkannt als nicht erkannt ($p < .001$). Unter den von den praktischen Ärzten nicht identifizierten Störungen ist der Anteil psychiatrisch vorbehandelter Personen doppelt so hoch (8,3 % ambulant und 1,6 % stationär) wie bei denen, die die Interviewer als nicht psychisch auffällig einschätzten. Dieses Ergebnis stimmt nicht mit dem der Vergleichsstudie überein, wonach die Hausärzte bei psychiatrisch vorbehandelten Patienten häufiger psychische Störungen feststellen als die Interviewer (siehe Anhang Tabelle IX).

5.5. Therapievorschläge

Neben der Frage, inwieweit psychische und psychisch mitbedingte Störungen vom Arzt erkannt werden, ist natürlich die Therapie identifizierter psychiatrischer Erkrankungen von Bedeutung. Zur besseren Einschätzung dieser Thematik wurden in dieser Studie die Hausärzte und die Psychiater nach der Art der Therapie befragt, die sie beim jeweiligen Patienten für notwendig hielten. Um technische, organisatorische und strukturelle Gründe auszuschließen, die eine optimale Therapie schwierig oder undurchführbar erscheinen ließen, wurden die Ärzte um einen Behandlungsvorschlag gebeten, der ohne Berücksichtigung seiner Realisierbarkeit ihrer Meinung nach die bestmögliche Therapie für die Patienten darstellen würde. Außerdem sollten sich die Beurteiler für eine der zur Auswahl vorgegebenen Institutionen entscheiden, die sie für die Durchführung der Behandlung am besten geeignet hielten.

5.5.1. Art der Therapie

Die Hausärzte hatten die Möglichkeit, zwischen medikamentösen, psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlungsmaßnahmen zu wählen.

Bei den psychiatrischen Interviewern waren die psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen in einzelne Therapieverfahren wie Gruppen- oder Einzeltherapie, analytische oder Verhaltenstherapie, soziale Hilfe usw. aufgegliedert.

Die geringen Fallzahlen bei einzelnen Therapieformen ließen es günstig erscheinen, die Therapievorschläge zu medikamentösen und nicht medikamentösen Maßnahmen zusammenzufassen. Die Hausärzte machten für 219 als behandlungsbedrfstig identifizierte Probanden 244 Behandlungsvorschläge, die Psychiater 317 für 237 Patienten, bei denen sie eine Behandlung für angezeigt hielten. Die bereits hier auffallend höhere Zahl psychosozialer Therapievorschläge durch die psychiatrischen Interviewer verdeutlicht Tabelle 16. Hierbei beziehen sich die Anteile medikamentöser bzw. psychosozialer Therapievorschläge auf die Gesamtzahl der Behandlungsvorschläge.

Die Interviewer aus der Psychiatrie schlugen bei etwa 57 % der behandlungsbedürftigen Erkrankungen eine psychosoziale, bei etwa 43 % eine medikamentöse Therapie vor. Die Hausärzte dagegen hielten bei etwa drei Fnfteel der Störungen medikamentöse, bei etwa zwei Fnfteel psychosoziale Maßnahmen für indiziert ($\chi^2 = 16,73$; 1 df, $p < .001$).

Tabelle 16: HÄUFIGKEIT MEDIKAMENTÖSER BZW. PSYCHOSOZIALER THERAPIEVORSCHLÄGE DURCH INTERVIEWER UND HAUSÄRZTE

Therapievorschlg	Hausarzt		Interviewer	
	abs.	%	abs.	%
medikamentös	148	60,7	137	43,2
psychosozial (nicht medikamentös)	96	39,3	180	56,8
GESAMT	244	100,0	317	100,0

Tabelle 17: BEHANDLUNGSVORSCHLÄGE VON INTERVIEWERN UND HAUSÄRZTEN NACH DIAGNOSEN

Psychiatrische Diagnose	Behandlungsvorschlag (Interviewer)					Behandlungsvorschlag (Hausarzt)					% bezogen auf n =	
	medikamentös		psychotherap. psychosozial		% bezogen auf n =	medikamentös		psychotherap. soziale Hilfe				
	abs.	%	abs.	%		abs.	%	abs.	%			
(prä)senile Demenz	19	86,4	3	13,6	22	28	93,3	1	3,3	1	3,3	30
andere organische psychiatr.Erkrank.	6	85,7	1	14,3	7	3	100,0	-	-	-	-	3
Schizophrenie	4	100,0	-	-	4	4	80,0	1	20,0	-	-	5
affektive und andere Psychosen	12	80,0	3	20,0	15	14	93,3	1	6,7	-	-	15
neurotische und psychosomatische Erkrankungen	86	38,7	136	61,3	222	76	58,9	45	34,9	8	6,2	129
Persönlichkeitsstörungen	1	11,1	8	72,7	9	4	57,1	1	14,3	2	28,6	7
Alkoholismus oder Drogenabhängigkeit	8	30,7	18	69,2	26	15	35,7	16	38,1	11	26,2	42
Oligophrenie	1	8,3	11	91,7	12	4	30,8	2	15,4	7	53,8	13
GESAMT	137	43,2	180	56,8	317	148	60,7	67	27,5	29	11,9	244

Wie aus der Tabelle 17 hervorgeht, resultieren diese Unterschiede vor allem aus den Therapievorschlgen für neurotische bzw. psychosomatische Erkrankungen, für die die Interviewer in über 60 % psychosoziale Maßnahmen vorschlagen, während die Hausärzte etwa 60 % dieser Störungen medikamentös behandeln wollen ($\chi^2 = 12,70$; 1 df; $p < .001$).

Bei den organischen psychiatrischen Erkrankungen, sowie den psychotischen Zustandsbildern wird von beiden Beurteilern in 80 bis 100 % der Fälle eine medikamentöse Therapie vorgeschlagen. Bei etwa zwei Dritteln der Alkoholiker halten sowohl Hausärzte als auch Psychiater psychosoziale Maßnahmen für die am besten geeignete Behandlung.

5.5.2. Soziodemographische Merkmale

Vergleicht man alle von den Hausärzten für eine Therapieart vorgeschlagenen Probanden mit denen der Interviewer bezüglich ihrer soziodemographischen Merkmale, ergeben sich für drei Variable signifikante Unterschiede (siehe Anhang Tabelle X).

Die Geschlechtsverteilung bei den Therapievorschlgen der psychiatrischen Interviewer zeigt, daß Frauen etwa gleichhäufig medikamentös (66,4 %) und nicht medikamentös (60,6 %) behandelt werden sollen, während die Allgemeinärzte für männliche Probanden häufiger psychosoziale, für weibliche häufiger medikamentöse Maßnahmen vorschlagen ($p < .05$).

DILLING und WEYERER untersuchten die Geschlechtsverteilung bei Patienten, denen vom Hausarzt Psychopharmaka oder Schlafmittel verordnet wurden und kamen auf 77,0 % Frauen bei nur 23,0 % Männern.

Bei Probanden mit abgeschlossener Berufsausbildung schlugen die praktischen Ärzte häufiger Pharmakotherapie vor, von den Interviewern dagegen sollte diese Behandlung häufiger bei Personen ohne abgeschlossene Berufsausbildung eingesetzt werden ($p < .05$).

Ähnliche Zusammenhänge wie bei der Berufsausbildung lassen sich für die Schulbildung nachweisen. So liegt bei den Interviewern der Anteil Probanden mit Volksschulbildung, für die eine medikamentöse Therapie vorgeschlagen wurde signifikant über den von den Hausärzten dafür vorgesehenen Personen ($p < .05$).

Die Merkmale Haushaltsgröße, soziale Schicht und Alter der Probanden erbrachten keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich der Verteilung von medikamentösen bzw. nicht medikamentösen Behandlungsvorschlägen durch beide Untersucher.

Abbildung 3 zeigt die Altersverteilung der Probanden hinsichtlich der Therapievorschläge von Hausärzten und Psychiatern.

Diese lässt erkennen, daß die nicht medikamentösen Therapievorschläge durch die psychiatrischen Interviewer bis zur Altersgruppe 35 bis 44 Jahre an Häufigkeit zunehmen, und von da an seltener gemacht werden. Die Altersverteilung nicht medikamentöser Behandlungsvorschläge durch die Hausärzte stellt sich in der Grafik zweigipfelig dar. Ein Wendepunkt ergibt sich bei der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre, ein zweiter bei den 45 bis 54-jährigen Personen. Medikamentöse Therapievorschläge werden von beiden Beurteilern mit steigendem Alter der Probanden zunehmend häufiger gemacht.

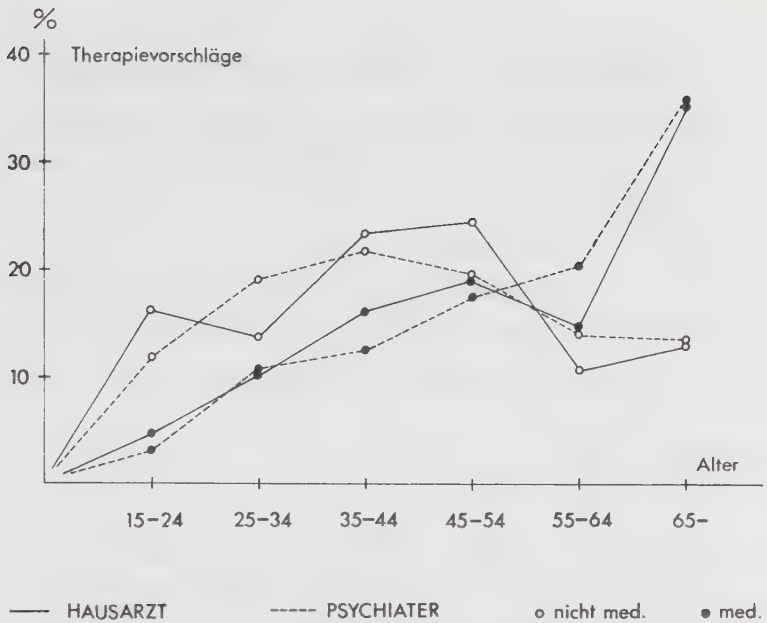


Abbildung 3: Altersverteilung für medikamentöse und nicht medikamentöse Therapievor schläge durch Interviewer und Hausarzt.

Die Analyse der Probanden mit neurotischen bzw. psychosomatischen Störungen (siehe Anhang Tabelle XI) bezüglich ihrer sozialen Variablen läßt erkennen, daß die psychiatrischen Interviewer medikamentöse Behandlungsvorschläge für diese Erkrankungen bei Personen ohne abgeschlossene Berufsausbildung häufiger machten, während die Hausärzte bei diesen Probanden öfter psychosoziale Maßnahmen für indiziert hielten ($p < .01$).

Probanden mit Volksschulbildung sollten nach Meinung der Hausärzte häufiger durch nicht medikamentöse Therapie behandelt werden, während die Interviewer für diese Art der Behandlung relativ häufiger Personen mit mittlerer bzw. höherer Schulbildung vorschlugen ($p < .05$).

Die Altersverteilung bei neurotischen bzw. psychosomatischen Störungen ergab keine Auffälligkeiten hinsichtlich der Behandlungsmaßnahmen für diese Erkrankungen (siehe Anhang Tabelle XI).

5.5.3. Übrige Merkmale

Die in die Untersuchung einbezogenen Variablen somatische Diagnose und Hausbesuche in den letzten 12 Monaten ergab eine weitgehende Übereinstimmung hinsichtlich der Therapievorschlüsse von Allgemeinärzten und Interviewern aus der Psychiatrie.

Es fällt jedoch auf, daß die Hausärzte Probanden mit einer somatischen Diagnose ($S = 1 - 4$) häufiger medikamentös, körperlich Gesunde häufiger nicht medikamentös behandeln wollten ($p < .01$).

Es scheint jedoch ein Zusammenhang zwischen den Therapievorschlüssen der Hausärzte und deren Kenntnisse über soziale Belastungsfaktoren beim Patienten zu bestehen. Im Vergleich zu der Gruppe, die die Interviewer für eine psychosoziale Therapie vorschlugen, war unter den Maßnahmen die die Hausärzte für am besten geeignet hielten, ein deutlich höherer Anteil von Probanden mit einer sozialen Belastung zu finden.

War der Patient früher schon einmal in psychiatrischer Behandlung, so wollten die Interviewer deutlich häufiger medikamentöse als psychosoziale Behandlungsmaßnahmen einsetzen. Für die nicht psychiatrisch vorbehandelten Probanden dagegen schlugen die Hausärzte häufiger Pharmakotherapie vor als die Psychiater ($p < .05$) (siehe Anhang Tabelle XII).

5.6. Therapeutische Institutionen

Auch für die Beantwortung der Frage, welche Institution für die Durchführung der jeweils vorgeschlagenen Therapie am besten geeignet sei, sollten strukturelle, technische und organisatorische Schwierigkeiten in der medizinischen und sozialen Versorgung der Gemeinden unberücksichtigt bleiben. Beide Beurteiler sollten also den Therapieplatz benennen, der ihrer Meinung nach dem einzelnen psychisch Kranken die optimale Hilfeleistung bietet, auch wenn dieser Vorschlag bei der gegenwärtigen Versorgungslage nicht durchführbar wäre. In Tabelle 18 sind die von den praktischen Ärzten und den Psychiatern vorgeschlagenen therapeutischen Institutionen einander gegenübergestellt.

Tabelle 18: INSTITUTIONEN ZUR REALISIERUNG DER THERAPIE. VORSCHLÄGE VON INTERVIEWERN UND HAUSÄRZTEN

Realisierung der Therapie durch	Hausarzt abs. %		Interviewer abs. %	
Hausarzt	142	61,5	116	36,6
Nervenarzt	35	15,2	142	44,8
Psychotherapeut	16	6,9	47	14,8
Psychiatr. Klinik	10	4,3	9	2,8
sonstige psychosoziale Institution	28	12,1	3	0,9
% bezogen auf n =	231	100,0	317	100,0

Der Vergleich zeigt, daß die Hausärzte bei 61,5 % der Fälle die Behandlung selbst übernehmen wollen, während die Psychiater den Hausarzt nur bei 36,6 % aller zu Behandelnden für die am besten geeignete Institution halten. 44,8 % der psychisch Kranken sollen nach Meinung der Interviewer nervenärztlich behandelt werden, beinahe drei Mal soviel wie die Hausärzte zum Facharzt überweisen wollen (15,2 %). Den Psychotherapeuten halten die Allgemeinärzte bei 6,9 %, die psychiatrischen Interviewer bei 14,8 % aller Probanden mit psychiatrischen Erkrankungen für die beste Institution zur Durchführung der Therapie. Die psychiatrische Klinik soll bei 4,3 % (laut Hausarzt) bzw. 2,8 % (laut Interviewer) relativ selten mit der Behandlung betraut werden. Deutlich häufiger als die Psychiater (0,9 %) halten die praktischen Ärzte eine psychosoziale Institution (12,1 %) als die am besten geeignete Stelle, um Menschen mit psychischen Erkrankungen zu helfen ($\chi^2 = 92,83$; 4 df; $p < .001$).

Die differentialdiagnostische Verteilung der einzelnen therapeutischen Institutionen ist in Tabelle 19 dargestellt.

Mit Ausnahme der Diagnosengruppen (prä)senile Demenz, Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen hielten sich die Hausärzte selbst für die Behandlung psychischer Erkrankungen häufiger für die Durchführung der Therapie am besten geeignet als die Interviewer die praktischen Ärzte für die Behandlung einsetzen würden. Zudem fällt auf, daß die Zahl medikamentöser Behandlungsvorschläge durch die Hausärzte in etwa der Zahl der Pa-

Tabelle 19: THERAPEUTISCHE INSTITUTION BEZÜGLICH PSYCHIATRISCHER DIAGNOSE LAUT INTERVIEWER UND HAUSARZT.

Psychiatr. Diagnose	I		II		III		IV		V		VI		I		II		III		IV		V		VI	
	a.	%	a.	%	a.	%	a.	%	a.	%	a.	%	a.	%	a.	%	a.	%	a.	%	a.	%	a.	%
(prä)senile Demenz	18	81,8	4	18,2	-	-	-	-	-	-	22	-	24	82,8	3	10,3	-	-	1	3,4	1	3,4	29	-
andere organische psychiatr. Erkrank.	3	42,9	4	57,1	-	-	-	-	-	-	7	-	2	50,0	1	25,0	-	-	1	25,0	-	-	4	-
Schizophrenie	1	25,0	3	75,0	-	-	-	-	-	-	4	-	1	25,0	3	75,0	-	-	-	-	-	-	4	-
affektive und andere Psychosen	4	26,7	11	73,3	-	-	-	-	-	-	15	-	10	66,6	3	20,0	-	-	2	13,3	-	-	15	-
neurot. u. psychosomat. Erkrank.	73	32,9	99	44,6	44	19,8	4	1,8	2	0,9	222	-	80	65,6	18	14,8	15	12,8	2	1,7	7	6,0	122	-
Persönlichkeitsstörungen	5	55,5	4	44,4	-	-	-	-	-	-	9	-	4	57,1	-	-	1	14,3	-	-	2	28,6	7	-
Alkoholismus u. Drogenabhängigk.	9	34,6	13	50,0	1	3,8	3	11,5	-	-	26	-	17	45,9	5	13,5	-	-	4	10,8	11	29,7	37	-
Oligophrenie	3	25,0	4	33,3	2	16,7	2	16,7	1	8,3	12	-	4	30,8	2	15,4	-	-	-	-	7	53,8	13	-
GESAMT	116	36,6	142	44,8	47	14,8	9	2,8	3	0,9	317	-	142	61,5	35	15,2	16	6,9	10	4,3	28	12,1	231	-

I = Hausarzt; II = Nervenarzt; III = Psychotherapeut; IV = psychiatrische Klinik

V = andere psychosoziale Einrichtungen; VI = % bezogen auf n =

tienten entspricht, bei denen sie die Therapie selbst durchführen wollen.

Patienten mit Schizophrenie sollten nach Meinung der Allgemeinärzte am relativ häufigsten zum Nervenarzt überwiesen werden, wogegen Probanden mit Persönlichkeitsstörungen nie für eine nervenärztliche Therapie vorgeschlagen wurden. Die Psychiater hielten immerhin bei 4 von 9 Probanden (44 %) mit dieser Diagnose den Nervenarzt zur Durchführung der Therapie für am besten geeignet.

Bei über der Hälfte der Patienten mit Oligophrenie wurde von den Hausärzten eine psychosoziale Institution für deren Behandlung oder besser Betreuung vorgeschlagen; bei Alkoholikern in fast einem Drittel der Fälle. Dagegen wurde diese Institution von den Interviewern insgesamt in nur 3 Fällen (0,9 %) vorgeschlagen.

Für ein Drittel der Probanden mit neurotischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen hielten die Interviewer den Hausarzt für die beste therapeutische Institution. Die praktischen Ärzte dagegen wollten über zwei Drittel dieser Störungen selbst therapieren.

In der Studie von DILLING und WEYERER wurde mit dem Begriff der psychiatrischen Überweisungsbedürftigkeit gearbeitet, die als "festgestellte Notwendigkeit ambulanter oder stationärer Diagnostik und/oder Therapie in psychiatrischen Fachinstitutionen" definiert war. Die Beurteilung der Überweisungsbedürftigkeit dürfte also mit der Auswahl der therapeutischen Institutionen in der vorliegenden Untersuchung vergleichbar sein, wenn man Nervenarzt, Psychotherapeut und psychiatrische Klinik als fachärztliche Institutionen zusammenfaßt.

Tabelle 20: ÜBERWEISUNGSRATEN IN FACHÄRZTLICHE INSTITUTIONEN DURCH
HAUSÄRZTE UND PSYCHIATER NACH DIAGNOSEN

Psychiatr. Diagnose (Schweregrad 1 - 4)			DILLING UND WEYERER	
	Int.	HA	Int.	HA
(prä)senile Demenz	10,5 %	10,5 %	15,0 %	4,8 %
andere organische psychiatr. Erkrank.	23,5 %	22,2 %	15,8 %	30,0 %
Schizophrenie	75,0 %	75,0 %	80,0 %	60,0 %
affektive und an- dere Psychosen	61,1 %	25,0 %	61,0 %	25,8 %
neurot. u. psycho- somat. Erkrank.	44,3 %	17,9 %	42,3 %	11,5 %
Persönlichkeits- störungen	10,0 %	1,8 %	30,9 %	17,8 %
Alkoholismus oder Drogenabhängigk.	37,0 %	20,9 %	56,3 %	29,1 %
Oligophrenie	44,4 %	12,5 %	24,1 %	50,0 %
GESAMT absolut	510	382	445	320

In Tabelle 20 wurden die Überweisungsrate für diesen Vergleich in Prozent aller Störungen (S = 1 - 4) pro Diagnose angegeben. Danach ergibt sich für die Interviewer eine Überweisungsrate an Fachinstitutionen von 38 % aller von ihnen identifizierten psychiatrischen Erkrankungen. Die Hausärzte hielten bei 16 % eine Behandlung durch Spezialisten für angezeigt.

Patienten mit den Diagnosen (prä)senile Demenz, andere organische psychiatrische Erkrankungen und Schizophrenie wurden von Psychiatern und Hausärzten zu etwa gleichen Teilen für eine Behandlung in einer Fachinstitution vorgeschlagen.

Wie auch in der Vergleichsstudie von DILLING und WEYERER sollten Patienten mit affektiven und anderen Psychosen sowie solche mit neurotischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen von den Hausärzten deutlich seltener zu einem Spezialisten geschickt werden als die Interviewer dies vorschlugen. Bei Alkoholikern bzw. Drogenabhängigen differierten die Überweisungsraten weniger stark als 1978.

Patienten mit der Diagnose Oligophrenie wurden im Gegensatz zu der Vergleichsstudie von den Psychiatern relativ häufiger für eine Überweisung in fachärztliche Behandlung vorgeschlagen als von den Hausärzten.

5.6.1. Soziodemographische Merkmale

Die Analyse der Klientel, die von den Beurteilern den verschiedenen therapeutischen Institutionen zugeordnet wurden, beschränkt sich wegen der teilweise zu geringen Frequenzen auf Hausarzt, Nervenarzt und Psychotherapeut. Hinsichtlich der soziodemographischen Variablen ergaben sich zwischen den Populationen, die von den Hausärzten im Vergleich zu den Psychiatern für die einzelnen Institutionen vorgeschlagen wurden, keine wesentlichen Unterschiede (siehe Anhang Tabelle XIII).

Jedoch ist die Wahl der therapeutischen Institution bei den Allgemeinmedizineren durch einen auffällig höheren Anteil männlicher Probanden, der vom Nervenarzt behandelt werden soll und ein Überwiegen des weiblichen Geschlechts bei hausärztlichen Maßnahmen und Überweisungen an einen Psychotherapeuten gekennzeichnet ($p < .05$).

Bezüglich der sozialen Schichtzugehörigkeit läßt sich sowohl innerhalb der Zuordnung zu einer Institution durch die Interviewer als auch bei der Entscheidung dieser Frage durch die Hausärzte die Tendenz erkennen, die sozial höhergestellten Personen häufiger durch Hausarzt oder Psychotherapeuten behandeln zu lassen, während den Nervenärzten ein größerer Anteil Unterschichtpatienten zur Behandlung überwiesen werden soll ($p < .05$).

Nur die psychiatrischen Interviewer scheinen Schulbildung und Alter der Probanden in die Auswahl der therapeutischen Institutionen mit einzubeziehen. Diese wollen einen signifikant höheren Anteil Probanden jüngeren und mittleren Alters und mit höherer Schulbildung vom Psychotherapeuten behandeln lassen, während sie den Hausarzt als Institution mit steigendem Patientenalter zunehmend häufiger vorschlagen ($p < .001$).

KESSEL und SHEPHERD (1962), sowie DILLING und WEYERER (1978) konnten durch ihre Untersuchungen belegen, daß psychisch Kranke über 65 Jahre seltener zum Facharzt überwiesen werden.

Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen diese Tendenz. Den Hausarzt als therapeutische Institution schlugen die Interviewer in über einem Drittel der Fälle bei Probanden vor, die über

65 Jahre alt sind. Bei den Überweisungsraten zum Nervenarzt beträgt der Anteil dieser Altersgruppe nur noch ein Fünftel, bei den Überweisungsraten zum Psychotherapeuten nur noch 2 % ($p < .001$).

Bei den Hausärzten zeigt die Altersverteilung diesbezüglich keine auffälligen Unterschiede.

Schlüsselt man die für Personen mit neurotischen bzw. psychosomatischen Störungen vorgeschlagenen therapeutischen Institutionen nach den soziodemographischen Merkmalen auf, zeigt sich, daß von den Hausärzten für Probanden mit abgeschlossener Berufsausbildung deutlich häufiger eine Behandlung durch den Nervenarzt vorgeschlagen wurde als von den Interviewern ($p < .05$). Hinsichtlich der Schulbildung differieren die Raten für eine Überweisung in psychotherapeutische Behandlung. Dafür wurden von den Interviewern Probanden mit mittlerer bzw. höherer Schulbildung überdurchschnittlich häufig vorgeschlagen, während diese Institution von den Hausärzten für Personen mit Volksschulbildung relativ häufiger für geeignet gehalten wird ($p < .05$).

5.6.2. Obrige Merkmale

Die Auswahl der therapeutischen Institutionen zeigen innerhalb der Hausarztvorschläge Unterschiede hinsichtlich der körperlichen Gesundheit der Probanden. Machten die praktischen Ärzte schon die medikamentösen Behandlungsvorschläge häufiger bei Personen mit behandlungsbedürftigen körperlichen Erkrankungen, bestätigt

sich diese Tendenz durch den hier auffallend höheren Anteil an Probanden mit körperlichen Erkrankungen, bei denen sie die Behandlung selbst durchführen wollen. Personen ohne körperliche Erkrankungen sollen dagegen häufiger an Nervenärzte und in einem noch höheren Prozentsatz an Psychotherapeuten überwiesen werden.

Die Variable, Abstattung eines Hausbesuchs, zeigte keine Unterschiede bei der Auswahl der Institution durch Interviewer bzw. Hausärzte. Im Vergleich zu den Vorschlägen der Psychiater neigen Hausärzte dazu, Patienten mit einer bekannten sozialen Belastung selbst zu behandeln ($p < .05$).

Eine psychiatrische Vorbehandlung des Patienten veranlaßt die Allgemeinärzte häufiger, den Nervenarzt mit der aktuellen Therapie zu beauftragen als die Interviewer ($p < .05$).

Beide Beurteiler lassen die Tendenz erkennen, bei psychiatrisch vorbehandelten Patienten relativ häufiger einen Spezialisten mit der Therapie zu beauftragen, während nicht vorbehandelte Probanden häufiger von ihrem Hausarzt betreut werden sollen (siehe Anhang Tabelle XV).

5.7. Charakterisierung der Einzelpraxen

Von den Hausärzten, die im Verlauf der vorliegenden Studie über ihre Patienten befragt wurden, sollen nun diejenigen Hausärzte, in deren Praxen mindestens 50 Probanden aus der Stichprobe allgemeinärztlich versorgt werden, einander vergleichend gegenübergestellt werden.

Es ergeben sich 11 Hausarztpraxen (10 praktische Ärzte und 1 Internist), die zwischen 52 und 122, insgesamt 940 der Personen betreuen. Das sind 73,2 % aller Befragten Probanden.

5.7.1. Soziodemographische Merkmale

Bei der Geschlechtsverteilung lag der Anteil weiblicher Probanden bei 56 %; in den einzelnen Praxen schwankt er zwischen 44,7 % (Praxis L) und 70,1 % (H). Von diesen beiden Extremwerten abgesehen, weicht die Verteilung Männer/Frauen in keiner Praxis um mehr als 7 % vom Gesamtdurchschnitt ab.

Die Haushaltsgröße hat eine geringere Streuung aufzuweisen. So liegen bei einem Gesamtdurchschnitt von 12 % Einpersonenhaushalten die Schwankungen unter 4 %, wenn man vom niedrigsten Wert (21 % in Praxis B) und dem höchsten (49 % in E) absieht.

Der Anteil Probanden mit Volksschulbildung (Gesamtdurchschnitt 73 %) beträgt in Praxis A 96,1 %, in Praxis B 84,4 %, in Praxis D 62,5 % und schwankt auch bei den übrigen Hausarztpraxen erheblich.

Hinsichtlich der sozialen Schicht findet sich in Praxis A eine Überrepräsentanz der Schichten IV und V mit 75,4 %, während diese in Praxis B mit 26,6 % eindeutig unterrepräsentiert sind, bei einem Durchschnittswert von 45 %. Der Gesamtdurchschnitt von 16 % der Befragten, die den Schichten I und II angehören, variiert zwischen 2,9 % und 22,9 %, in Schicht III gar zwischen 21,6 % und 51,6 % in den einzelnen Praxen. Vereinfacht lassen sich die Hausarztpraxen A und B mit überwiegend sozial schwächerem, die Praxen C, D und E mit eher sozial höhergestelltem Patientengut, die restlichen Praxen mit einer durchschnittlichen Verteilung bezüglich der sozialen Schicht beschreiben.

Die Altersverteilung in den einzelnen Arztpraxen erscheint relativ gleichmäßig. Größere Unterschiede findet man allenfalls bei den 25 bis 34-jährigen, deren Anteile in Praxis A 4,9 % (niedrigster Wert) und Praxis H 27,3 % (höchster Wert) betragen, bei einem Gesamtdurchschnitt von 15 %. Die Extremwerte bei den über 65-jährigen Personen liegen bei 33,3 % (A) und 10,4 % (I) (siehe Anhang Tabelle XVI).

5.7.2. Übrige Merkmale

Die Häufigkeit somatischer Diagnosen ($S = 1 - 4$) schwankt bei den Patienten der einzelnen Hausärzte zwischen 24,5 % und 98,0 % und selbst ohne Berücksichtigung dieser Extremwerte ergibt sich eine Schwankungsbreite von 45 %. Auch bei den behandlungsbedürftigen körperlichen Erkrankungen schwankt die Häufigkeit in den einzelnen Praxen ähnlich stark.

Der Anteil derjenigen Probanden, denen ihr Hausarzt in den letzten 12 Monaten einen Hausbesuch abgestattet hatte, lag in den einzelnen Praxen zwischen 3 % und 22 %.

Die Angaben der Hausärzte über das Vorliegen einer sozialen Belastung bei ihren Patienten differieren zwischen 16,9 % und 58,0 %, wobei zu erwähnen ist, daß der höchste Wert sowohl bei diesem, als auch bei den Merkmalen somatische Diagnose und Hausbesuche aus der Praxis F resultiert.

Ambulante psychiatrische Behandlungen gingen bei 4,0 % bis 18,0 % der untersuchten Patienten eines Hausarztes dem Interview voraus. Auf der anderen Seite gibt es 3 Praxen, die keine Probanden mit vorangegangener stationärer psychiatrischer Behandlung unter den Befragten aufwiesen, während der Anteil dieser Personen in den übrigen Hausarztpraxen zwischen 1,6 % und 4,7 % lag (siehe Anhang Tabelle XVII).

5.7.3. Psychiatrische Diagnosen

Die Interviewer aus der Psychiatrie identifizierten unter der jeweiligen Klientel eines niedergelassenen Arztes recht unterschiedliche Morbiditätsraten (zwischen 31,6 % und 62,0 %). Der Mittelwert lag bei 41,4 % für psychische Störungen der Schweregrade 1 - 4, wobei mit Ausnahme von Praxis F der von den Psychiatern festgestellte Anteil psychischer Erkrankungen über dem der Hausärzte lag.

An dieser Stelle sei angemerkt, daß der Allgemeinarzt aus dieser Praxis im Gespräch mit dem Interviewer großes Interesse an psychiatrischen Problemen zeigte. Er war der Ansicht, daß ein Großteil seiner Patienten psychisch auffällig sei.

Die Allgemeinärzte kamen bei der Beurteilung der psychiatrischen Gesamtmorbidität auf Werte zwischen 12,0 % und 56,0 %, bei einem Mittelwert von 31,0 %. In der Vergleichsstudie von DILLING und WEYERER lag die Schwankungsbreite für die einzelnen Praxen zwischen 14 % und 56 % psychiatrischer Erkrankungen, bei einem Mittelwert von 32 %, was in etwa dem Ergebnis der Hausärzte in der vorliegenden Untersuchung entspricht.

Die Fallidentifikation durch die Allgemeinpraktiker ist in der Vergleichsstudie noch größeren Schwankungen unterworfen: zwischen 9 % und 65 % bei einem Mittelwert von 26 %. Die Streubreite der Hausarzturteile in dieser Studie zeigte ihren niedrigsten Wert in Praxis C (12 %), in der von den Interviewern die höchste Morbiditätsrate gefunden wurde (62,0 %). Der obere Grenzwert lag bei 56 % in Praxis F. Bei 5 Praxen differiert die Beurteilung um mehr als 10 %, davon bei zweien um mehr als 20 % (A und C). Auch behandlungsbedürftige psychische Störungen wurden nur in diesen beiden Praxen von den Interviewern um mehr als 10 % häufiger festgestellt als von den Praxisinhabern.

Die Häufigkeit behandlungsbedürftiger psychischer Erkrankungen schwankte laut Beurteilung durch die Interviewer zwischen 12,1 % und 27,7 % in den einzelnen Praxen, laut Urteil der Allgemeinärzte zwischen 4,0 % und 31,3 %. Bei der Beurteilung der Behandlungsbedürftigkeit fielen drei Hausärzte auf, die zu höheren

psychiatrischen Morbiditätsraten kamen als die psychiatrischen Interviewer. Diese Unterschiede waren jedoch nicht signifikant. Die größte Differenz bei der Beurteilung psychischer Störungen mit Behandlungsbedürftigkeit ergab sich in Praxis A (Int. 24,5 %/ HA 4,9 %). Die Klientel dieser Praxis war dadurch auffällig, daß sie den größten Anteil Probanden mit Volksschulbildung (96,1 %) aus den sozial schwachen Schichten IV und V (75,4 %) und Probanden über 65 Jahre aufwies. Für die anderen Praxen lassen sich von Seiten der Patienten keine Merkmale herausstellen, die die teilweise großen Unterschiede bei der Häufigkeit psychischer Störungen erklären könnten (Tab. 21).

Nach Einzelpraxen aufgeschlüsselt ist die Obereinstimmungsrate bei der Identifizierung psychiatrischer Erkrankungen durch Psychiater und Hausarzt in den Abbildungen 4 und 5 graphisch dargestellt. Für behandlungsbedürftige Störungen zeigte sich in Praxis L (Internist) die größte Obereinstimmung (22,9 %) zwischen Interviewer und Hausarzt. Entsprechend waren die Raten der vom Hausarzt (4,8 %) bzw. Interviewer (3,6 %) nicht identifizierter Störungen in dieser Praxis sehr niedrig. In Korrelation zu den bereits vorher erwähnten niedrigen Morbiditätsraten, die die Hausärzte in den Praxen A und C feststellten, zeigten sich hier auch die niedrigsten Obereinstimmungsraten zwischen Hausarzt und Interviewer (4,9 % bzw. 2,0 %). Der größte Anteil eindeutiger Fehlklassifikationen entfiel auf Probanden der Hausarztpraxis D. In 16,4 % der Fälle stellte nur der Interviewer, in 8,2 % nur der Hausarzt eine behand-

Tabelle 21: HÄUFIGKEITEN PSYCHISCHER STÖRUNGEN IN DEN EINZELPRAXEN: IDENTIFIZIERUNG DURCH PSYCHIATER
UND HAUSARZT

Psychiatrische Diagnosen in Prozent		Schweregrad ≥ 2 Psychiater Hausarzt		Signifikanz chi ² 1 df		Schweregrad 1 - 4 Psychiater Hausarzt		Signifikanz chi ² 1 df	
Praxis	n								
A	102	24,5	4,9	15,64***		43,1	12,7	21,92***	
B	111	14,4	12,6	0,16		44,1	39,6	0,08	
C	50	16,0	4,0	4,0*		62,0	12,0	24,37***	
D	61	24,6	16,4	0,80		49,2	47,5	0,0	
E	97	24,7	20,6	0,46		52,6	30,9	8,48**	
F	50	20,0	24,0	0,24		52,0	56,0	0,16	
G	76	21,1	22,4	0,0		31,6	28,9	0,12	
H	64	18,8	31,3	2,60		51,6	46,9	0,12	
I	90	26,7	21,1	1,10		40,0	34,4	0,85	
K	107	12,1	12,1	0,0		32,7	21,5	3,40	
L	83	27,7	26,5	0,0		44,6	31,3	2,68	

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$;

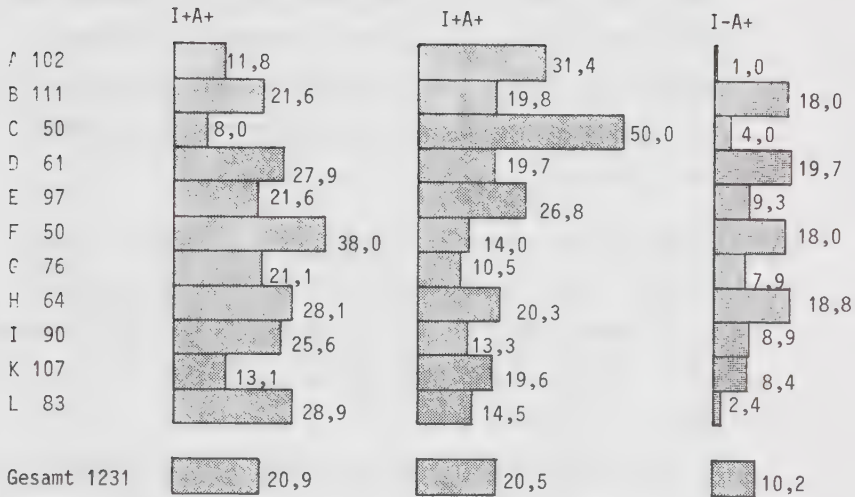


Abbildung 4:
Übereinstimmung in der psychiatrischen Fallidentifikation (S 1 - 4)

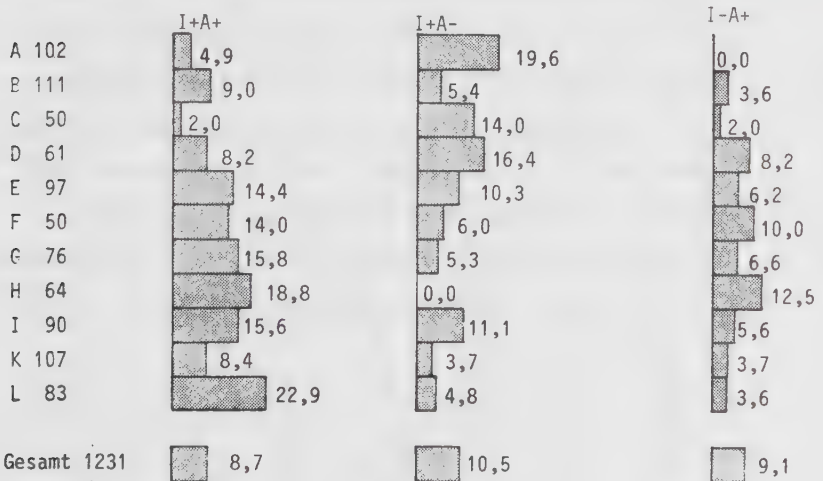


Abbildung 5:
Übereinstimmung in der psychiatrischen Fallidentifikation ($S \geq 2$)

lungsbedürfte psychische Störung fest. In Praxis H identifizierte der Hausarzt als einziger sämtliche behandlungsbedürftige psychische Störungen, die auch der Interviewer feststellte, diagnostizierte aber darüberhinaus 12,5 % dieser Störungen, die der Interviewer nicht erkannte (siehe Abb. 4 und 5 und Anhang Tabelle XVIII).

Bei der differentialdiagnostischen Aufschlüsselung überraschte es, daß die laut Hausarzturteil in Praxis F höhere Gesamtmorbidität vorwiegend durch Fälle von affektiven und anderen Psychosen bedingt ist, die von den psychiatrischen Interviewern nicht identifiziert wurden.

Die deutlichsten Unterschiede bei der Erkennung psychischer Störungen zeigten sich bei Personen mit neurotischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen. Unter der Klientel der Praxen C und E werden von den Interviewern etwa 30 % mehr Personen mit diesen Störungen identifiziert als vom jeweiligen praktischen Arzt. Der Interviewer hatte im persönlichen Gespräch mit diesen Hausärzten den Eindruck gewonnen, daß diese zwar über die persönlichen Verhältnisse ihrer Patienten gut informiert waren, bei ihnen jedoch wenig differenzierte Vorstellungen über psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen erkennbar waren (Tab. 22).

Tabelle 22: HÄUFIGKEIT EINZELNER DIAGNOSEN LAUT INTERVIEWER UND HAUSARZT IN DEN EINZELPRAKSEN

Psychiatrische Diagnose (Schweregrad 1 - 4)	Praxis n =	A	B	C	D	E	F	G	H	I	K	L
		102	111	50	61	97	50	76	64	90	107	83
(prä)senile Demenz	Int.	11,8	3,6	6,0	3,3	1,0	4,0	-	3,1	1,1	1,9	2,4
	HA	-	1,8	2,0	1,6	2,1	4,0	7,9	1,6	4,4	0,9	3,6
andere organische psychiatrische Erkrank.	Int.	3,9	1,8	-	1,6	1,0	-	-	-	-	-	-
	HA	-	3,6	2,0	-	1,0	2,0	-	-	-	-	-
Schizophrenie	Int.	2,0	-	-	-	-	-	1,3	-	-	-	-
	HA	1,0	0,9	-	-	-	-	2,6	-	-	-	-
affektive und andere Psychosen	Int.	2,0	1,8	-	-	1,0	-	5,3	-	1,1	2,8	3,6
	HA	2,0	0,9	-	-	4,1	12,0	-	-	3,3	1,9	-
neurotische und psychoso- matische Erkrankungen	Int.	10,8	25,2	38,0	31,1	38,1	36,0	22,4	45,3	32,2	26,2	31,3
	HA	2,9	10,8	8,0	26,2	10,3	30,0	14,5	39,1	16,7	15,0	20,5
Persönlichkeits- störungen	Int.	2,9	4,5	4,0	8,2	6,6	2,0	-	1,6	1,1	0,9	2,4
	HA	2,0	18,0	-	11,5	7,2	-	-	1,6	2,2	3,7	2,4
Alkoholismus oder Drogenabhängigkeit	Int.	7,8	5,4	6,0	3,3	2,1	10,0	2,6	1,6	4,4	0,9	4,8
	HA	3,9	0,9	-	6,6	4,1	6,0	3,9	4,7	6,7	-	4,8
Oligophrenie	Int.	2,0	1,8	8,0	1,6	3,1	-	-	-	-	0,9	-
	HA	1,0	2,7	-	1,6	2,1	2,0	-	-	1,1	-	-
GESAMT	Int.	43,1	44,1	62,0	49,2	52,6	52,0	31,6	51,6	40,0	32,7	44,6
	HA	12,7	39,6	12,0	47,5	30,9	56,0	28,9	46,9	34,4	21,5	31,3

5.7.4. Therapievorschläge

Bei der Behandlung psychischer Störungen differieren die von den einzelnen praktischen Ärzten vorgeschlagenen Maßnahmen in ihrer Häufigkeit sehr stark. Die Praxen A und C aufgrund zu geringer Fallzahlen ausgenommen, hielt der Allgemeinarzt aus der Praxis K für den größten Anteil (85 %) der psychischen Störungen eine medikamentöse Behandlung für angezeigt. Die Interviewer wollten dagegen nur 42 % der Patienten aus dieser Praxis mit Psychopharmaka behandeln.

Der niedrigste Anteil medikamentöser Therapievorschläge (30,0 %) und die gleichzeitig größte Übereinstimmung mit den Behandlungsvorschlägen der Interviewer (34,8 %) ergab sich in Praxis H. Der Praxisinhaber will selbst 60,0 % der Behandlungen, also auch 30,0 % der nicht medikamentösen Maßnahmen durchführen und schlug als Institutionen für die restlichen behandlungsbedürftigen Patienten in 25 % einen Psychotherapeuten, in 15 % eine psychosoziale Institution vor.

Dieser Hausarzt wird aufgrund des Gespräches mit dem Interviewer aus der Psychiatrie als ein an psychiatrischen Problemen interessierter Kollege beschrieben, der sein Bedauern darüber äußerte, daß er sich mit dieser Problematik aus Zeitmangel nicht genügend auseinandersetzen könnte. Er würde dennoch aus diesem Grund gelegentlich Patienten zu einem Gespräch einbestellen, wenn er hinter ihren vorgetragenen Beschwerden psychische Ursachen vermuten würde.

In den Praxen E und F wurden seitens der Hausärzte bei drei Viertel der Fälle medikamentöse Therapievorschläge gemacht, während dieser Anteil laut Interviewervorschlgen nur ein Drittel betrug ($p < .05$). Diese beiden Ärzte wollten auch den groten Teil der Patienten mit psychischen Störungen selbst behandeln (80,0 % bzw. 91,7 %)

Die medikamentösen Therapievorschläge der Psychiater variieren in den Einzelpraxen zwischen 18,8 % und 52,6 %, die der Hausärzte zwischen 30,0 % und 100 % und sind somit deutlich uneinheitlicher (Tab. 23).

5.7.5. Therapeutische Institutionen

Bei der Wahl der therapeutischen Institution fielen zwei Allgemeinärzte auf (Praxis A und C nicht berücksichtigt), die nur etwa ein Drittel (Praxis B) bzw. ein Fünftel (G) der Behandlungen von Patienten mit psychischen Störungen selbst durchführen wollten. Bei allen anderen überstieg dieser Anteil deutlich den Prozentsatz der Probanden, die zu einer anderen Institution überwiesen werden sollten. In vier von sieben Praxen, in denen die Signifikanz berechnet werden konnte, schlugen die Allgemeinärzte deutlich häufiger ihre eigene Praxis als therapeutische Institution vor, als die Interviewer bei diesen Patienten den Hausarzt zur Durchführung der Therapie einsetzen würden. Die grote Diskrepanz bei der Wahl der therapeutischen Institution zeigte sich in Praxis I. Hier hielt der praktizierende Arzt sich selbst bei fast drei Viertel der psychischen Störungen zur

Tabelle 23: VERGLEICH DER THERAPIEVORSCHLÄGE VON INTERVIEWER UND HAUSARZT IN DEN EINZELPRAXEN

Therapie- vorschläge in % Praxis	medikamentös				nicht medikamentös				Signifikanz chi ² 1 df
	Psychiater		Hausarzt		Psychiater		Hausarzt		
	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	
A	48,1	13	40,0	2	51,9	14	60,0	3	x
B	47,6	10	42,8	6	52,4	11	57,2	8	0,0
C	18,8	3	100,0	2	81,2	13	-	-	x
D	38,9	7	70,0	7	61,1	11	30,0	3	2,50
E	39,3	11	75,0	15	60,7	17	25,0	5	5,53*
F	33,3	5	75,0	9	66,6	10	25,0	3	5,36*
G	52,6	10	58,8	10	47,4	9	41,2	7	0,46
H	34,8	8	30,0	6	65,2	15	70,0	14	0,42
I	51,7	15	68,4	13	48,3	14	31,6	6	1,43
K	41,7	10	84,6	11	58,3	14	15,4	2	7,69**
L	43,8	14	59,1	13	56,2	18	40,9	9	1,22

* p .05; ** p .01;

x = keine Signifikanzberechnung aufgrund zu geringer Fallzahlen möglich

Durchführung der Therapie für am besten geeignet, während die Interviewer nur etwa ein Drittel aller Erkrankungen vom Allgemeinarzt behandeln lassen wollten ($p < .001$). Die Psychiater schlugen in jeder Hausarztpraxis zwischen 1 und 8 Patienten für eine Psychotherapie vor. Dagegen wurde diese Institution von 6 Hausärzten nie genannt. In Praxis A hielt der Hausarzt auch keine Überweisung zum Nervenarzt für nötig.

Der psychiatrisch sehr interessierte Praktiker aus Praxis H hielt bei 5 seiner Patienten (25 %) eine Psychotherapie für indiziert, wollte aber bei keinem eine nervenärztliche Behandlung durchführen lassen (Tab. 24).

Tabelle 24: VERGLEICH DER VORSCHLÄGE THERAPEUTISCHER INSTITUTIONEN ZWISCHEN DEN EINZELPRAXEN

Therapeut. Institut. %	HAUSARZT		NERVENARZT		PSYCHOTHE- RAPIE		Signifikanz χ^2 1 df
	Psychiater %	Hausarzt %	Psychiater %	Hausarzt %	Psychiater %	Hausarzt %	
Praxis							
A	44,4	12	37,0	10	14,8	4	x
B	28,6	6	66,7	14	4,8	1	x
C	43,8	7	37,5	6	18,8	3	x
D	27,8	5	61,1	11	11,1	2	9,96**
E	42,9	12	46,4	13	7,1	2	9,81**
F	60,0	9	26,7	4	6,7	1	x
G	52,6	10	36,8	7	5,3	1	1,97
H	30,4	7	39,1	9	26,1	6	6,67**
I	31,0	9	58,6	17	6,9	2	14,81***
K	33,3	8	33,3	8	33,3	8	1,93
L	34,4	11	37,5	12	18,8	6	3,27

** p < .01; *** p < .001;

Nervenarzt u. Psychotherapeut zusammengefaßt

x = aufgrund zu geringer Fallzahlen keine Signifikanzberechnung möglich

6. DISKUSSION =====

Die Ausgangsbasis der vorliegenden Arbeit war eine von DILLING und WEYERER geleitete Untersuchung der psychiatrischen Morbidität in der Bevölkerung der Gemeinden Traunstein, Traunreut und Palling.

Dazu wurde in den Jahren 1975 bis 77 eine Felduntersuchung durchgeführt, bei der Interviewer aus der Psychiatrie 1536 zufällig ausgewählte Personen über 15 Jahre hinsichtlich ihrer psychischen Gesundheit beurteilen mußten. Unabhängig davon wurden deren Hausärzte über das Vorliegen psychischer Störungen bei diesen Patienten befragt.

Der Vergleich mit den bei anderen epidemiologischen Studien gefundenen Prävalenzraten psychischer Störungen ist nur mit Einschränkungen möglich. Das liegt im Wesentlichen an den unterschiedlichen Kriterien bei der Identifizierung psychischer Störungen. Weitere Schwierigkeiten ergeben sich bei dem Vergleich der Ergebnisse dadurch, daß in manchen Studien Kinder und Jugendliche oder ältere Menschen nicht erfaßt wurden, während andere Untersuchungen alle Altersgruppen einschlossen. Auch aufgrund unterschiedlicher Beobachtungszeiträume ergeben sich bei den einzelnen Untersuchungen über die psychiatrische Morbidität unterschiedliche Prävalenzraten.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden die Beurteilungen psychiatrischer Morbidität und deren Behandlung durch Psychiater und Hausärzte einander gegenübergestellt.

Hierbei wurden folgende Punkte behandelt:

- a) Häufigkeit psychischer Störungen laut Interviewer und Hausarzt
- b) nicht erkannte psychiatrische Morbidität
- c) Behandlungsvorschläge durch Interviewer und Hausarzt
- d) Vergleich der Einzelpraxen hinsichtlich Diagnostik und Therapie.

6.1. Häufigkeit psychischer Störungen

Die psychiatrischen Interviewer diagnostizierten insgesamt 19,3 % behandlungsbedürftige psychiatrische Erkrankungen in der Bevölkerung, die praktischen Ärzte 17,8 %. Zusätzlich stellten die Interviewer bei 22,2 % leichtere psychische Störungen (Schweregrad = 1) fest, ein Wert der deutlich über der entsprechenden Rate der Hausärzte (13,2 %) liegt.

In der früher von DILLING und WEYERER (1978) durchgeführten Hausarztstudie, bei der 14 Tage lang Patienten in Allgemeinpraxen des Landkreises Traunstein untersucht wurden, stellten die Interviewer in 31,9 %, die Hausärzte in 26,0 % psychische Störungen fest. In einer anderen Konsekutivstudie von GOLDBERG und BLACKWELL (1970), bei der vergleichbare Kriterien bei der Fallidentifikation verwendet wurden, kamen die psychiatrischen Interviewer auf eine Morbiditätsrate von 46,5 %, die praktischen Ärzte diagnostizierten psychische Störungen bei 31,0 % der Befragten. Diese Vergleichswerte machen deutlich, daß die praktischen Ärzte zwischen 5 % und 15 % weniger psychische Erkrankungen diagnostizierten als ihre Fachkollegen aus der Psychiatrie (Tab. 25).

Tabelle 25: VERTEILUNG PSYCHISCHER DIAGNOSEN LAUT INTERVIEWER UND HAUSARZT

Psychiatrische Diagnose in % (Schweregrad 1 - 4)	FELDSTUDIE		HAUSARZTSTUDIE 1973/74	
	Interviewer (n=510)	Hausarzt (n=332)	Interviewer (n=445)	Hausarzt (n=355)
(prä) senile Demenz	7,5	9,9	9,0	5,9
andere organische psychiatrische Erkrankungen	2,7	2,4	4,3	2,8
Schizophrenie	0,8	1,0	1,1	1,4
affektive und andere Psychosen	3,5	5,2	9,2	9,9
neurotische und psychosomatische Erkrankungen	65,1	51,3	56,9	56,6
Persönlichkeitsstörungen	7,8	14,7	9,4	6,8
Alkoholismus oder Drogenabhängigkeit	9,0	11,3	3,6	4,5
Oligophrenie	3,5	4,2	6,5	2,3
nicht klassifizierbar	-	-	-	9,9
GESAMT	99,9	100,0	100,0	100,1
%				

Die Verteilung psychiatrischer Diagnosen zeigt, daß die Interviewer vor allem neurotische bzw. psychosomatische Störungen wesentlich häufiger diagnostizierten als die Hausärzte.

Der Anteil einzelner Diagnosen an der Gesamtmorbidität ist in Tabelle 25 diesen Raten der Hausarztstudie 1973/74 gegenübergestellt.

Durch die Untersuchungen von STROTZKA (1969) und von COOPER und MORGAN (1973) wurde auf die Tendenz neurotischer Patienten hingewiesen, medizinische Dienste häufiger in Anspruch zu nehmen als psychisch Unauffällige. Ihr Prozentsatz an der psychiatrischen Gesamtmorbidität wird demnach umso größer, je kürzer der Beobachtungszeitraum gewählt wird. Verglichen mit der Hausarztbefragung war von daher bei der Felduntersuchung eine niedrigere Rate neurotischer bzw. psychosomatischer Störungen zu erwarten. Es zeigte sich jedoch nur bei den Hausärzten für diese Erkrankungen ein um 5 % niedrigerer Wert in der Felduntersuchung, während die Interviewer diese Diagnose häufiger stellten als in der Konsekutivstudie.

Die Diagnose Alkoholismus wird von beiden Beurteilern häufiger, die Diagnose psychotische Erkrankungen seltener gestellt als bei der früheren Befragung. Dieser Befund steht mit dem von MCCELLER (1972) beschriebenen arztaversen bzw. arztaffinen Verhalten von Patienten mit bestimmten Diagnosen in Einklang. So bestätigte die Analyse der Häufigkeit der Arztkonsultationen, daß Alkoholiker in den letzten 12 Monaten sehr viel seltener ihren Arzt aufgesucht hatten als andere Patienten mit psychischen Störungen.

Dagegen gingen diejenigen Patienten überdurchschnittlich häufig zum Arzt, bei denen die Diagnose organische Psychose gestellt wurde.

Die Differenz zwischen den Raten der Probanden, bei denen der Hausarzt Persönlichkeitsstörungen feststellte, resultiert möglicherweise daraus, daß in der Feldstudie auch die Fälle unter dieser Diagnose zusammengefaßt wurden, die aufgrund ihrer Beurteilung durch die Allgemeinärzte keiner ICD-Diagnose eindeutig zuzuordnen waren. In der Vergleichsstudie waren diese Fälle als nicht klassifizierbar gesondert aufgeführt.

Hinsichtlich der soziodemographischen Merkmale unterschied sich die von den Interviewern als behandlungsbedürftig eingeschätzte Population von der der Hausärzte in zwei Punkten. Bei den Psychiatern fanden sich höhere Raten für Personen ohne abgeschlossene Berufsausbildung und für Personen aus der sozialen Schicht V, bei denen jedoch die Morbiditätsraten beider Beurteiler die höchsten Werte aufwiesen.

Bezüglich der Diagnose neurotische bzw. psychosomatische Erkrankungen war die schichtspezifische Verteilung laut Urteil beider Untersucher gegensätzlich. Die Interviewer hielten eine umso größere Rate dieser Störungen für behandlungsbedürftig, je niedriger die soziale Schicht, während die Allgemeinärzte in Schicht V den niedrigsten Anteil, in den Schichten I und II die höchsten Raten psychischer Störungen identifizierten. In der Literatur finden sich dazu folgende Ergebnisse: in 22 von 27 Feldstudien war die Morbiditätsrate psychiatrischer Erkrankungen in der untersten sozialen Schicht am höchsten. Bei Neu-

rosen wird in 6 von 14 Studien die maximale Morbiditätsrate in dieser Schicht gefunden.

Behandlungsbedürftige neurotische bzw. psychosomatische Störungen wurden von den Interviewern bei Personen aus Einpersonenhaushalten und Personen zwischen 45 und 64 Jahren auffallend häufiger diagnostiziert als von den Hausärzten.

Die Häufigkeitsraten psychischer Störungen beider Beurteiler zeigten deutliche Unterschiede bezüglich derjenigen Probanden, die gleichzeitig wegen einer körperlichen Erkrankung in Behandlung sind. Während die Psychiater etwa die Hälfte der psychiatrischen Diagnosen mit Behandlungsbedürftigkeit bei Personen stellten, die auch eine behandlungsbedürftige somatische Erkrankung aufwiesen, identifizierten die Allgemeinärzte über 70 % der psychiatrischen Störungen ($S \geq 2$) bei dieser Personengruppe. Diese beträchtlich höhere Rate laut Hausarzturteil entsprach nicht den Erwartungen, zumal MOELLER (1972) zu dem Ergebnis kam, daß praktische Ärzte beim augenblicklichen Stand der medizinischen Ausbildung häufig nicht in der Lage seien, die Somatisierung psychischer Störungen als solche zu durchschauen.

Auch die Ergebnisse einer Umfrage bei Allgemeinpraktikern und nicht psychiatrischen Fachärzten zum Thema "die Behandlung der Depression in der täglichen Praxis", die PÜLDINGER (1974) zusammenfaßte, ergaben hierzu niedrigere Werte. Danach hatten etwa 90 % der befragten Ärzte in München-Stadt, München-Land und Berlin den Eindruck, daß somatische Beschwerden in Kombination mit seelischen Störungen im Zunehmen begriffen seien. Die geschätzten Anteile der Patienten, bei denen die befragten

Ärzte neben somatischen Beschwerden auch seelische Störungen vermuteten sind in Tabelle 26 abgebildet.

Tabelle 26: PATIENTEN, DIE NEBEN SOMATISCHEN BESCHWERDEN AUCH SEELISCHE STÖRUNGEN AUFWEISEN

Häufigkeit der Schätzungen in Prozent	Ärzte N	> 10 %	> 25 %	> 50 %	> 75 %	< 75 %
München(Land)	199	53,5	33,2	6,1	1,5	0,0
München(Stadt)	210	64,8	29,1	3,9	1,1	1,1
Berlin	175	69,4	24,8	6,9	0,9	0,9

Es zeigte sich, daß in etwa nur jeder 8. Arzt bei über der Hälfte der Patienten somatische und psychische Störungen vermutete.

Bezüglich der sozialen Belastung der Probanden war zu erwarten, daß Hausärzte durch die bessere Kenntnis des sozialen Umfeldes ihrer Patienten etwaige pathogene Faktoren eher erkennen und diagnostisch berücksichtigen würden als die Interviewer. Die Ergebnisse bestätigten, daß die Allgemeinärzte unter dem Eindruck sozialer Belastungsfaktoren bei ihren Patienten häufiger psychische Störungen feststellten als die Psychiater.

6.2. Nicht erkannte psychiatrische Morbidität

Die Analyse der Fallidentifikation psychischer Störungen durch Hausarzt und Interviewer ließ bei der Gegenüberstellung der einzelnen Fälle erkennen, daß die Hausärzte etwa die Hälfte der von den Psychiatern festgestellten Störungen nicht erkannten. Ein Drittel davon waren Erkrankungen, die von den Interviewern als behandlungsbedürftig eingeschätzt wurden. Auf der anderen Seite konnte von den psychiatrischen Diagnosen laut Hausärzten ein Drittel von den Interviewern nicht identifiziert werden, die Hälfte davon Erkrankungen, die nach Meinung der Hausärzte eine Behandlung erforderten.

Die von den Psychiatern gestellten Diagnosen wurden von den Hausärzten in etwa einem Drittel der Fälle übereinstimmend gestellt, während sie bei ca. 18 % zu einer anderen Diagnose kamen.

Oligophrenie, Schizophrenie und Alkoholismus wiesen die höchsten diagnostischen Übereinstimmungsraten auf. Abgesehen von der Diagnose Persönlichkeitsstörungen wurden von den Hausärzten neurotische bzw. psychosomatische Erkrankungen, sowie 'prä sen le Demenz, von den Interviewern organische psychiatrische Erkrankungen überdurchschnittlich häufig nicht erkannt.

Durch die hohe Prävalenzrate der Neurosen kommt dieser Diagnose eine besondere Bedeutung zu. Die Rate der von den Allgemeinärzten nicht erkannten Störungen dieser Diagnosengruppe betrug fast 14 % der gesamten Stichprobe. Mögliche Ursachen dafür, daß die Hausärzte diese Störungen häufig nicht erkennen, werden von den

praktischen Ärzten des Landkreises Traunstein selbst angedeutet. Im Verlauf der Studie von DILLING und WEYERER (1978) wurde auch die Einstellung der Hausärzte zu Patienten mit psychischen Störungen untersucht. Dabei gaben 12 von 18 Ärzten der vorgegebenen Aussage "die Ausbildung der praktischen Ärzte auf dem Gebiet der Neurosenlehre ist eine der dringendsten Notwendigkeiten in der Medizin" ihre Zustimmung bei nur 3 Ablehnungen.

Hinsichtlich der soziodemographischen Merkmale lag die Erwartung nahe, daß sich die Population der vom Hausarzt identifizierten Probanden von derjenigen unterscheidet, die nur der Interviewer als psychisch auffällig einschätzte.

Während in der früheren Untersuchung diesbezüglich keine wesentlichen Unterschiede nachgewiesen werden konnten, waren hier signifikante Abweichungen bei der Berufsausbildung und der sozialen Schicht zu erkennen. Die von den Hausärzten nicht erkannten Personen mit behandlungsbedürftigen psychischen Störungen hatten zu etwa 70 % keine abgeschlossene Berufsausbildung gegenüber knapp 50 % bei den von ihnen identifizierten Fällen ($p < .001$). Bezüglich der Schichtverteilung erkannten die praktischen Ärzte behandlungsbedürftige Erkrankungen bei Probanden aus den Oberschichten etwas häufiger, während bei den nicht erkannten Störungen ein leichtes Überwiegen von Personen aus den unteren Schichten zu erkennen war ($p < .05$).

Die Gründe hierfür könnten einerseits bei den Ärzten selbst liegen, die durch eine möglicherweise unzureichende Ausbildung auf diesem Gebiet der Medizin Probanden aus den ihnen weniger

vertrauten sozialen Schichten schlechter beurteilen können. Die Ursachen könnten jedoch auch eher bei den Patienten liegen. So neigen Personen aus der Unterschicht häufig dazu, psychische Krankheiten zu somatisieren und zeigen insgesamt eine größere Toleranz gegenüber deviantem Verhalten (HOLLINGSHEAD und REDLICH, 1967).

Unter den Probanden mit vom Hausarzt festgestellten psychischen Störungen fand sich ein größerer Anteil mit einer behandlungsbedürftigen körperlichen Erkrankung als unter den nur vom Psychiater als auffällig eingestuften Personen. Hierbei könnte das Verhalten der Patienten eine Rolle spielen, wonach Patienten mit nur somatischen Erkrankungen in den letzten 12 Monaten häufiger den Arzt konsultierten und diesem dadurch besser bekannt sein dürften als diejenigen mit nur psychischen Störungen.

Unter der von den Hausärzten identifizierten psychiatrischen Morbidität fiel auch ein höherer Prozentsatz von Probanden auf, bei denen sie in den letzten 12 Monaten mindestens einen Hausbesuch abgestattet hatten als unter den von ihnen nicht erkannten Fällen.

Bei Probanden mit sozialen Belastungsfaktoren wurden von den Hausärzten psychische Störungen wesentlich häufiger erkannt als nicht erkannt.

Waren die Probanden früher schon einmal in psychiatrischer Behandlung, so konnte für beide Beurteiler eine höhere diagnostische Effizienz festgestellt werden als bei nicht Vorbehandelten. Hier zeigte sich auch eine bessere Übereinstimmung in der Beurteilung durch Interviewer und Hausärzte.

6.3. Therapeutische Maßnahmen

Da dem Hausarzt auch als Anlaufstation für Patienten mit psychischen Störungen eine Schlüsselfunktion zukommt, hängt nicht nur deren Erkennung sondern gegebenenfalls auch die Entscheidung zu einer Therapie von seinem Urteil ab. Daraus folgt, daß sich der Bedarf an psychiatrischen Einrichtungen in der Bevölkerung in erster Linie anhand der Arbeitsweise praktischer Ärzte bestimmen läßt. Es war zu erwarten, daß sich die Therapievor schläge der Hausärzte von denen der Psychiater unterscheiden. Der Vergleich ergab bei den Hausärzten ein Überwiegen der medikamentösen Therapievorschl äge im Verhältnis 3 : 2, während die Psychiater in etwa demselben Verhältnis häufiger psychosoziale Behandlungsvorschl äge machten (57 % zu 43 %).

Diese Ergebnisse lassen den Wandel der Lehrmeinung erkennen, der sich in den letzten Jahrzehnten in der Medizin vor allem aber in der Psychiatrie vollzogen hat. Dieser Wandel kam auch bei der Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (1970) zum Ausdruck, wonach die Fächer Psychologie, Soziologie und Psychosomatik in die Pflichtveranstaltungen für Medizinstudenten aufgenommen worden waren.

Die an der Feldstudie beteiligten Allgemeinärzte, die ihr Studium ausnahmslos vor dieser Novellierung absolviert hatten, waren demnach hauptsächlich auf eigene Initiative angewiesen, sich mit den neueren Erkenntnissen der Psychiatrie vertraut zu machen. HAEHN (1978) geht auf die Problematik in einem Vortrag vor Allgemeinmedizinern ein: "Der Hausarzt muß unter den verschiedensten

Methoden, die zur Behandlung einer Gesundheitsstörung zur Verfügung stehen diejenige herauszusuchen, die ihm bekannt ist. Bekannt aber wird er mit solchen Methoden durch Fachberater, die er für die Diagnostik und die Therapie mit einsetzt. Die Informationen stellen den wohl wichtigsten Teil seiner kontinuierlichen Fortbildung für einen Hausarzt dar."

Die Tendenz der praktischen Ärzte, psychische Störungen häufiger medikamentös zu behandeln als Psychiater, konnten auch BALTER und LEVINE (1971) für die USA zeigen. Sie untersuchten die Verschreibung von Psychopharmaka und kamen zu dem Ergebnis, daß aus Arztpraxen stammende Verordnungen psychotroper Medikamente in der Mehrzahl der Fälle von Nicht-Psychiatern getätigt werden und zwar in erster Linie von Allgemeinärzten und Internisten.

Die diagnostische Aufschlüsselung der Therapievorschlüsse ließ erkennen, daß die höhere Rate medikamentöser Behandlungsvorschläge durch die Hausärzte fast ausschließlich aus der Diagnosengruppe neurotische bzw. psychosomatische Erkrankungen resultierte. Dies könnte durch eine unzureichende Kenntnis über diese Störungen und deren Behandlung begründet sein. Andererseits könnten die Hausärzte auch der Meinung sein, daß nicht medikamentöse Maßnahmen in diesen Fällen weniger gut geeignet seien.

Die im Landkreis Traunstein von DILLING und WEYERER (1978) durchgeführte Einstellungsmessung bei praktischen Ärzten bezüglich Patienten mit psychischen Störungen ergab hierzu, daß sich die Mehrzahl der befragten Hausärzte gerne in der Behandlung neurotischer Störungen fortbilden würde. In diesem Zusammenhang sei

erwähnt, daß die ambulante psychiatrische Betreuung im Untersuchungsgebiet der Feldstudie seit 20 Jahren hauptsächlich durch einen niedergelassenen Nervenarzt gewährleistet wird. Es stellt sich die Frage, inwieweit die niedergelassenen Ärzte von psychiatrisch/psychotherapeutischen Einrichtungen mit ihnen weniger gut bekannten Behandlungsmethoden ausreichend vertraut gemacht werden.

Setzt man die Therapievorschläge mit den soziodemographischen Merkmalen der Probanden in Beziehung, zeigt sich bei den Hausärzten im Vergleich zu den Psychiatern die Tendenz, daß sie bei Personen mit abgeschlossener Berufsausbildung und solchen mit mittlerer bzw. höherer Schulbildung häufiger medikamentöse Maßnahmen einsetzen wollen. Auch für diese Variablen resultierten die Unterschiede vorwiegend aus den Behandlungsvorschlägen für neurotische bzw. psychosomatische Erkrankungen. Der höhere Anteil psychosozialer Therapiemaßnahmen laut Hausarztvorschlgen bei Männern war in erster Linie auf die Therapie von Alkoholikern zurückzuführen.

Das Vorliegen sozialer Belastungsfaktoren bei den Probanden ergab bei den Hausärzten die Tendenz, in diesen Fällen häufiger psychosoziale Maßnahmen vorzuschlagen.

Bei psychiatrisch vorbehandelten Patienten, die nach Meinung der Interviewer häufiger medikamentös behandelt werden sollten, machten die Hausärzte medikamentöse und psychosoziale Therapievorschläge etwa gleich häufig.

Wie bereits ausführlich dargestellt, ergaben sich bei der Wahl der therapeutischen Institution beträchtliche Unterschiede bezüglich der psychiatrischen Überweisungsbedürftigkeit zwischen Allgemeinärzten und Interviewern. Der Vergleich mit der Hausarztuntersuchung von 1978 zeigte etwa gleichhohe Überweisungs-raten. Diese lagen in beiden Studien, bezogen auf die psychiatri-schen Diagnosen aller Schweregrade, für die Interviewer bei ca. 40 %, für die Hausärzte bei etwa 16 %.

Bezieht man die Überweisungs-raten auf alle untersuchten Proban-den, so schätzen die Forschungspsychiater in beiden Untersuchun-gen die Überweisungs-raten etwa dreimal so hoch ein wie die All-gemeinärzte.

psychiatr./psychotherapeut.
Überweisungsrate

Allgemeinpraxen im Landkreis
Traunstein (n = 1274)

Hausarzturteil	5,1 %
Interviewerurteil	13,2 %

Feldstudie in drei Gemeinden
(n = 1236)

Hausarzturteil	4,9 %
Interviewerurteil	16,0 %

Bei der Realisierung der Therapie war von der Annahme ausgegangen worden, daß alle Institutionen zur Verfügung stehen. Es überraschte daher, daß die Hausärzte über 60 % der Behandlungen psychischer Erkrankungen selbst durchführen wollten, trotz der in den letzten Jahren häufig beklagten Überbelastung der Praktiker. Die Interviewer dagegen wollten nur etwas über ein Drittel der Fälle von den Hausärzten behandeln lassen.

Betrachtet man die einzelnen Diagnosengruppen, so lassen sich diese Diskrepanzen hauptsächlich auf affektive und andere Psychosen, sowie auf neurotische bzw. psychosomatische Störungen zurückführen. Diese Werte entsprachen nicht den Ergebnissen, die aufgrund der bereits erwähnten Einstellungsmessung erwartet werden konnten. Bezüglich neurotischer Patienten stimmten nämlich nur 3 von 18 praktischen Ärzten der Aussage zu, daß die Behandlung dieser Erkrankungen Sache des Hausarztes sei, 17 von ihnen waren jedoch der Meinung, daß neurotische Patienten für den praktischen Arzt belastender seien als andere.

Geschlechtsspezifische Unterschiede ließen sich bei den Hausärzten hinsichtlich der Überweisungsrate zum Nervenarzt erkennen. Hierbei ergaben sich bei den Männern etwas höhere Werte. Dagegen wird bei der Wahl der therapeutischen Institution für Patienten mit neurotischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen eine unterschiedliche Verteilung hinsichtlich Schul- und Berufsausbildung und Alter der Probanden auffällig. Hierbei schlugen die Hausärzte Patienten mit abgeschlossener Berufsausbildung häufiger für eine nervenärztliche Behandlung vor als die Interviewer aus der Psychiatrie.

Für eine Überweisung zum Psychotherapeuten wurden hinsichtlich der sozialen Merkmale der Probanden sehr unterschiedliche Populationen vorgeschlagen. So wollten die Hausärzte Probanden mit Volksschulbildung und Personen zwischen dem 45. und 64. Lebensjahr häufiger von einem Psychotherapeuten behandeln lassen, während die Interviewer Personen mit mittlerer bzw. höherer Schulbildung und 15 bis 44 Jährige überdurchschnittlich häufig an diese Institution überweisen wollten. Übereinstimmend wurden von beiden Beurteilern Personen aus den oberen sozialen Schichten häufiger für eine Überweisung zum Psychotherapeuten vorgeschlagen als Angehörige der unteren Schichten, die häufiger in eine nervenärztliche Behandlung überwiesen werden sollten.

Die bereits erwähnte höhere Rate medikamentöser Behandlungsvorschläger der Psychiater bei Personen über 45 Jahre und gleichzeitig niedrigeren Überweisungsraten dieser Altersgruppe zum Psychotherapeuten könnte darauf hinweisen, daß die Interviewer für eine Überweisung an diese Institution prognostische Kriterien berücksichtigen.

In der Literatur und aufgrund klinischer Erfahrungen wurde die Tatsache bestätigt, daß die durchschnittlichen Heilungsraten bei psychiatrischen Erkrankungen mit steigendem Alter des Patienten abnehmen. Ebenso erhöht sich das Risiko der Chronifizierung solcher Störungen mit der Dauer ihres Bestehens. Hierzu ergab die Feldstudie, daß etwa 60 % der Probanden mit behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen schon länger als 5 Jahre unter diesen Störungen litten.

Bezüglich der körperlichen Gesundheit der Patienten tendierten die Hausärzte dazu, Personen mit somatischen und psychischen Störungen selbst zu behandeln, während sie körperlich Gesunde etwa doppelt so häufig zum Nervenarzt und über dreimal häufiger zum Psychotherapeuten überweisen wollten.

Für Patienten mit sozialen Belastungsfaktoren sollte nach Meinung der Allgemeinärzte häufiger eine hausärztliche oder psychotherapeutische Institution mit der Durchführung der Therapie betraut werden als nach Ansicht der Interviewer. Eine Überweisung in nervenärztliche Behandlung wurde für diese Probanden überdurchschnittlich häufig vorgeschlagen. In dieser Gruppe dürfte auch der größte Teil chronisch Kranker bzw. Therapieversager zu finden sein, deren Behandlung den größten Zeitaufwand und das größte persönliche Engagement der Hausärzte erfordert.

6.4. Vergleich der Einzelpraxen

Die Häufigkeit psychischer Störungen unterlag in den Einzelpraxen großen Schwankungen. Bei den behandlungsbedürftigen Erkrankungen schwankten die Raten der Interviewer in den 11 Allgemeinpraxen mit den größten Probandenzahlen zwischen 12 % und 28 %, die der Hausärzte zwischen 4 % und 31 %. Diese Werte entsprechen in etwa den Ergebnissen von SHEPHERD und Mitarbeitern (1966) die bei einer Untersuchung in Londoner Allgemeinpraxen auf Raten zwischen 2,5 % und 33 % psychischer Störungen kamen. Im Vergleich mit der Studie von DILLING und WEYERER (1978) ergaben die Übereinstimmungsraten bei der Fallidentifikation ähnliche Schwankungen (Tab. 27).

Tabelle 27: MINIMALE UND MAXIMALE ÜBEREINSTIMMUNGSRATEN BEI DER IDENTIFIZIERUNG PSYCHISCHER STÖRUNGEN IN EINZELPRAXEN

Psychiatrische Diagnosen	Schwankungsbreiten zwischen d. Einzelpraxen		
	I+A+	I+A-	I-A+
Schweregrad ≥ 2	2 - 23 %	0 - 20 %	0 - 13 %
Schweregrad 1 - 4	8 - 38 %	11 - 31 %	1 - 20 %
DILLING und WEYERER /1978)	5 - 30 %	5 - 38 %	0 - 35 %

Die höchste Übereinstimmungsrate ergab sich in der Praxis des Internisten, der im Gespräch mit dem Forschungspsychiater durch sein sehr großes Interesse an psychiatrischen Problemen aufgefallen war.

Der Anteil medikamentöser Therapievorschläge schwankte in den Einzelpraxen zwischen 30 % und 100 %. Die berweisungsrate an fachärztliche Institutionen betrugen je nach Praxis zwischen 8 % und 70 %.

Da auch die Beurteilungen durch die Interviewer hinsichtlich Morbidität und therapeutischer Konsequenzen beträchtliche Schwankungen aufwiesen, lassen sich die Unterschiede in den einzelnen Praxe nicht nur auf diagnostische und therapeutische Gewohnheiten der Hausärzte zurückführen.

Die unterschiedliche Höhe der Übereinstimmungsraten bei der Fallidentifikation für die Einzelpraxen weist darauf hin, daß die Fähigkeiten der praktischen Ärzte psychische Störungen zu erkennen und richtig einzusetzen sehr verschieden ausgeprägt sind. Auch der Einsatz therapeutischer Methoden, sowie die Auswahl der Institutionen zu deren Durchführung läßt bei den Hausärzten sehr unterschiedliche Auffassungen in diesem Bereich erkennen. Wie gezeigt werden konnte, unterschied sich die Beurteilung psychischer Störungen durch die Hausärzte vor allem hinsichtlich des Ausbildungsstandes, der sozialen Schicht und des Alters der Probanden vom Urteil der Facharztkollegen. Auch der körperliche Gesundheitszustand des Patienten, sowie die Kenntnis seines sozialen Umfeldes beeinflussen, wie zu erwarten war, das Verhalten des Hausarztes bei der Erkennung und Behandlung psychischer Störungen.

Die niedrigste Effizienz erreichten die Hausärzte bei der Diagnostik der neurotischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen. Diese, in der Bevölkerung häufigsten psychischen Störungen, zeigten auch bezüglich der therapeutischen Konsequenzen große Unterschiede in den einzelnen Praxen. Nur drei dieser Ärzte hielten bei über der Hälfte ihrer Patienten mit psychischen Störungen nicht medikamentöse Therapieverfahren häufiger für indiziert als eine Pharmakotherapie.

Mit einer Ausnahme finden sich in den Praxen mit den höchsten Raten medikamentöser Therapievorschläge auch die niedrigsten Überweisungsraten an fachärztliche Institutionen.

Einer der Hausärzte wollte bei wesentlich mehr Patienten die Behandlung selbst durchführen, als der von ihm für eine medikamentöse Therapie vorgeschlagene Anteil betrug. Die überdurchschnittlich hohen Kompetenzen dieses Hausarztes auch in Bezug auf nicht medikamentöse Behandlungsverfahren kamen dabei zum Ausdruck, daß bei keinem der Probanden seiner Meinung nach eine Überweisung zum Nervenarzt notwendig war. Eine Behandlung durch den Psychotherapeuten wurde dagegen von diesem praktischen Arzt am häufigsten vorgeschlagen.

Umgekehrt fällt eine andere Praxis auf, in der der Praktiker etwa halb so viele Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen selbst therapieren wollte, als er allein für medikamentöse Maßnahmen vorgeschlagen hatte. Die folglich überdurchschnittlich hohen Überweisungsraten zum Nervenarzt und Psychotherapeuten lassen auf eine geringe Bereitschaft bzw. Kompetenz dieses Hausarztes schließen, psychische Störungen selbst zu behandeln.

Betrachtet man hierzu die Übereinstimmungsraten mit dem Interviewer hinsichtlich der Fallidentifikation, so zeigte sich in dieser Praxis die höchste Rate behandlungsbedürftiger psychischer Störungen, die nur vom Hausarzt erkannt wurden, und bei denen der Psychiater keine Auffälligkeiten feststellen konnte. Andererseits wurden alle vom Interviewer identifizierten Erkrankungen mit Behandlungsbedürftigkeit von diesem Hausarzt auch erkannt.

Diese Vergleiche erläutern die beträchtlichen Unterschiede zwischen einzelnen praktischen Ärzten bei der Erkennung und Behandlung psychiatrischer Morbidität. Die individuell unterschiedlich ausgeprägte Fähigkeit, psychische Störungen überhaupt wahrzunehmen und behandeln zu können, sowie das verschieden starke Interesse, das diesen Problemen entgegengebracht wird, beeinflussen die Arbeitsweise der Hausärzte in sehr viel stärkerem Maße, als sich durch meßbare Faktoren nachweisen läßt.

Es besteht jedoch kein Zweifel daran, daß die hausärztliche Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen umso effektiver und zuverlässiger durchzuführen ist, je größer dessen diagnostisches und therapeutisches Spektrum ist.

Um der Schlüsselfunktion der Hausärzte als Anlaufstation für Patienten mit psychischen Störungen besser gerecht werden zu können, ergeben sich aus dieser Untersuchung folgende Ansatzpunkte:

1. Durch Intensivierung der Fortbildungsmöglichkeiten für Allgemeinärzte über psychiatrische Erkrankungen mit Schwerpunkt auf die Neurosenlehre, dürfte sich die diagnostische Effektivität steigern lassen
2. Durch eine engere Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Fachinstitutionen könnte die Indikation, insbesondere für die Anwendung neuerer Therapieverfahren für die Hausärzte besser einschätzbar werden

3. Eine praxisgerechtere Ausbildung im Umgang mit dem Patienten und dessen psychischen Problemen könnte dazu beitragen, daß die Hausärzte selbst in größerem Umfange als bisher psychotherapeutisch tätig würden
4. Durch eine regelmäßige Teilnahme an BALINT-Gruppen wäre bei den Allgemeinärzten eine Verbesserung ihrer Sensibilität hinsichtlich psychischer Erkrankungen möglich, was jedoch bereits wieder einiges Interesse an dieser Problematik voraussetzen würde.

7. ZUSAMMENFASSUNG

=====

Im Verlauf einer in den Jahren 1975 bis 77 durchgeführten Felduntersuchung über die Häufigkeit psychischer Störungen in drei Gemeinden des Landkreises Traunstein, wurden 1231 Probanden diesbezüglich von Interviewern aus der Psychiatrischen Universitätsklinik München und unabhängig davon von ihren Hausärzten beurteilt. Die Interviewer identifizierten insgesamt wesentlich mehr (41,4 %) psychische Störungen als die Hausärzte (31,0 %). Der Anteil behandlungsbedürftiger psychischer Erkrankungen wurde von beiden Beurteilern etwa gleich hoch eingeschätzt (Int.: 19,3 %/HA: 17,8 %).

Die Übereinstimmung bei der Fallidentifikation lag ohne Berücksichtigung der Schweregrade bei 69,3 %. Die höchsten Übereinstimmungsraten ergaben sich bei Psychosen und Oligophrenie, die niedrigsten bei (prä)seniler Demenz und neurotischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen.

Die Hausärzte schlugen wesentlich häufiger eine medikamentöse Therapie vor (60,7 %) als die Psychiater (43,2 %). Psychosoziale Behandlungsmaßnahmen wurden von den Interviewern (56,8 %) wesentlich häufiger vorgeschlagen als von den Allgemeinärzten (33,3 %).

Bei der Frage nach der Institution, die zur Durchführung der Therapie am besten geeignet sei, nannten die Interviewer in 36,6 % den Hausarzt, in 44,8 % den Nervenarzt und in 14,8 % den Psychotherapeuten.

Die praktischen Ärzte wollten 61,5 % der Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung selbst behandeln, 15,2 % von diesen in nervenärztliche und 6,9 % in psychotherapeutische Behandlung überweisen.

Bei den affektiven Psychosen und den neurotischen Erkrankungen differierten die Überweisungsraten am stärksten. Die Interviewer schlugen bei diesen Diagnosen etwa doppelt so häufig eine Überweisung an fachärztliche Institutionen vor als die Hausärzte. Bezüglich der einzelnen Hausarztpraxen schwankten die Beurteilungen der Forschungspsychiater weniger stark als die der praktischen Ärzte, für deren Beurteilung der Einfluß verschiedener Faktoren dargestellt werden konnte.

7. LITERATUR:

=====

1. BALINT,M., BALINT,E.:
Psychotherapeutische Techniken in der Medizin.
Ernst Klett, Stuttgart, 1976
2. BALTER,M., LEVINE,J.:
Charakter and extend of psychotherapeutic drug usage
in the United States.
In Fuente,R.de la, Weisman,M.N. (Eds.):
Psychiaty,Proc. V World Congr. Psychiat., Mexico 1971,
Part 1, p. 80. Int. Congress Series No. 274 (Excerpta
med. Amsterdam 1973)
3. BENTSEN,B.G.:
Illness and General Practice.
Universitetsforlaget: Oslo,1970
4. BERFENSTAM,R., SMEDBY,B.:
Sjukwardskonsumption i Tierpsomradet 1971
SPRI-rapport 9/74, projekt 7093, Stockholm, 1974
5. COOPER,B., MORGAN,H.G.:
Epidemiological Psychiatry.
C.Thomas: Springfield, 1973, 15-77
6. DVORAK,A., FICHTER,M.M., WITTCHEN,H.V.:
Zur psychotherapeutischen Versorgung durch nicht-ärztliche
Berufsgruppen in der Bundesrepublik Deutschland
Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München, 1978
7. DILLING,H.:
Niedergelassene Nervenärzte in der psychiatrischen Ver-
sorgung
Nervenarzt 48 (1977), 586-602
8. DILLING,M., WEYERER,S.:
Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrische
Versorgung (1973/74)
Urban und Schwarzbach: München-Wien-Baltimore, 1978
9. DILLING,H., WEYERER,S.:
Behandelte und nicht behandelte psychiatrische Morbidität
in der Bevölkerung
Projekt 10A, Sonderforschungsbereich 116, München, 1980
10. DREIBHOLZ,K.I., STURM,E., HAEHN,K.D., HILDEBRANDT,G.S.,
KOSSOW,A.:
Diagnosenstatistik in der Allgemeinpraxis
Ärztliche Praxis 23 (1971), 23

11. GOLDBERG,D.P., COOPER,B., EASTWOOD,M.R., KEDWARD,H.B.,
SHEPHERD,M.:
A Standardized Psychiatric Interview for Use in Community
Surveys
Brit.I.prev.soc.Med. 24 (1970)
12. GOLDBERG,D.P., BLACKWELL,B.:
Psychiatric illness in general practice: A detailed study
using a new method of case identification
Brit.med.J. 2 (1970), 439
13. GURIN,G., VEROFF,J., FIELD,S.:
Americans View their Mental Health.
A Nationwide Interview Survey
Basic Books: New York, 1960
14. HAEHN,K.D.:
Psychische Erkrankungen - Erwartungen an den Hausarzt
Prax.Psychother. 23 (1978), 151-156
15. HÄRNQVIST,M., LINDHOLM,N.:
Oppon sjukvård i Gøteborg 1969
SPRI-rapport 1/72, projekt 7009: Stockholm, 1974
16. HOLLINGSHEAD,A.B., REDLICH,F.C.:
Social Class and Mental Illness (1958)
I.Viley & Sons: New York-London-Sydney, s.Auflage 1967
17. JAKUBASCHK,J., KLUG,J., WEYERER,S., DILLING,H.:
Bedarf und Behandlungsbedürftigkeit - Überlegungen zur
psychiatrischen Versorgung
Psychiat.Prax. 5 (1978), 203-211
18. KAESER,A.C., COOPER,B.:
The Psychiatric Patient, the General Practitioner and the
Outpatient Clinic.
Psychol.Med. 1 (1971), 312-325
19. KESSEL,W.J.N., SHEPHERD,M.:
Neurosis in hospital and general practice.
J.of Ment.Sci 108 (1962), 159-166
20. KLEINING,G., MOORE,H.:
Soziale Selbsteinstufung (SSE)
Kol.Ztsch.Social. Soc-Psychol. 20 (1968), 502-580
21. MAIER,E.:
Das Krankengut des Praktischen Arztes
Dissertation: München, 1971

22. MOELLER, M.L.:
Krankheitsverhalten bei psychischen Störungen und die
Organisation psychotherapeutischer Versorgung
Nervenarzt 43 (1972), 351-360
23. NIELSEN, I., NIELSEN, I.A.:
Eighteen years of Community Psychiatric service in the
Island of Samsø
Brit.I.Psychiat. 131 (1977), 41-48
24. ØGAR, B.:
Pasienter i norsk almenpraksis
Universitetsforlaget: Oslo, 1977
25. PÖLDINGER, W.:
Umfragen zum Thema: Depression in der täglichen Praxis.
in: Die Depression in der täglichen Praxis
P.Kielholz (Herausgeber) Hans Huber: Bern-Stuttgart-Wien,
1974, 123-139
26. RITTER, H.:
Fallverteilung in Klinik und Praxis. Ein Vergleich
Münch.med.Wschr. 114 (1970), 126-133
27. SHEPHERD, M., COOPER, B., BROWN, A., KALTON, C.:
Psychiatric Illness in General Practice
Oxford University Press: London, 1966
28. STROTZKA, H.: Kleinburg
Österreichischer Bundesverlag: Wien, 1969
29. TELJE, I.:
Praksisregistrering i et nordnorsk Legedistrikt.
T. norske Laegeforen, 96 (1976), 77-81
30. ZERSSEN, D.v.:
Die Beschwerden-Liste
Beltz: Weinheim, 1976
31. ZINTL-WIEGAND, A., COOPER, B., KRUMM, B.:
Psychische Kranke in der Allgemeinpraxis: Eine Untersuchung
in der Stadt Mannheim
Sonderforschungsbereich 116. Psychiatrische Epidemiologie
Mannheim, 1978
32. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik
Deutschland:
Deutscher Bundestag: Drucksache 7/4200 und 4201, Bonn, 1975

Tabelle I: MORBIDITÄTSRATEN NEUROTISCHER UND PSYCHOSOMATISCHER STÖRUNGEN NACH SOZIALEN VARIABLEN LAUT PSYCHIATER UND HAUSARZT

Morbiditätsraten in %		Schweregrad ≥ 2		Signifikanz chi ²	Schweregrad 1 - 4		Signifikanz chi ²
Merkmal	Ausprägung	Psychiater	Hausarzt		Psychiater	Hausarzt	
Geschlecht	männlich	16,8	17,5	0,44	37,8	29,4	8,80**
	weiblich	21,8	18,0	3,04	44,2	32,3	22,90***
Haushaltsgr.	Einpersonen	26,7	22,5	0,68	50,7	38,7	3,64
	Mehrpersonen	18,3	17,2	0,46	40,2	30,0	24,36***
abgeschl. Berufsausb.	ja	15,6	18,1	1,44	39,2	32,7	5,46*
	nein	23,2	17,5	6,00*	43,9	29,2	26,76***
soziale Schicht	I und II	9,9	15,7	3,32	36,1	28,3	2,34
	III	18,2	17,3	0,12	43,2	29,7	17,68***
	IV	18,7	17,6	0,12	38,0	32,1	3,26
	V	41,0	23,9	7,80**	56,4	36,8	8,30***
	Volksschule mittl./höhere Sch.	21,5	18,7	2,32	43,2	32,1	23,50***
Schulbild.		12,9	15,4	0,82	36,6	28,0	5,52*
Alter	15 - 44	15,1	14,5	0,12	38,2	27,0	16,10***
	45 - 64	23,4	20,0	1,10	44,9	33,8	9,58**
	65 u. älter	22,4	21,6	0,04	43,3	35,8	3,12

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001;

Tabelle II: MORBIDITÄTSRATEN NEUROTISCHER UND PSYCHOSOMATISCHER STÖRUNGEN NACH SOZIODEMOGRAPHISCHEN VARIABLEN
LAUT PSYCHIATER UND HAUSARZT

Morbiditätsraten/Neurosen %		Schweregrad ≥ 2		Signifikanz chi ² 1 df	Schweregrad 1 - 4		Signifikanz chi ² 1 df
Merkmal	Ausprägung	Psychiater	Hausarzt		Psychiater	Hausarzt	
Geschlecht	männlich	8,4	6,7	0,84	20,1	11,5	14,78***
	weiblich	15,1	11,7	3,58	32,3	19,3	30,84***
Haushaltsgröße	Einpersonen	17,6	7,7	6,24*	33,1	15,5	10,92***
	Mehrpersonen	11,5	9,7	1,56	26,2	16,0	33,36***
abgeschlossene Berufsausb.	ja	10,1	10,2	0,0	25,5	17,6	11,62***
	nein	14,5	8,7	9,48**	28,6	14,1	37,02***
soziale Schicht	I und II	7,9	11,0	1,10	26,7	17,8	3,84*
	III	12,2	10,9	1,08	30,1	17,1	21,26***
	IV	11,9	8,6	2,32	23,5	14,5	11,38***
	V	20,5	7,7	6,74**	28,2	13,7	6,52*
	Volksschule mittl./höhere Sch.	12,6	9,6	3,76	26,7	15,7	33,04***
Alter	15 - 44	10,6	9,7	0,16	27,5	15,6	23,60***
	45 - 64	16,9	11,7	4,24*	32,7	19,5	16,78***
	65 u. älter	9,0	6,0	0,28	17,5	11,6	3,84*

* p .05; ** p < .01; *** p < .001;

Tabelle III: SOZIDEMOGRAPHISCHE VARIABLE: ÜBEREINSTIMMUNG IN DER FALLIDENTIFIKATION DURCH INTERVIEWER UND HAUSARZT

Übereinstimmung bei der Fallidentifikation in %		Schw ere g r a d e		Signifikanz chi ²
Merkmal	Ausprägung	ÜBEREINSTIMMUNG I+A+/I-A-	KEINE ÜBEREINSTIMMUNG I-A+/I+A-	
Geschlecht	männlich	71,8	28,2	3,05 1 df
	weiblich	67,3	32,7	
Haushaltsgröße	Einpersonen	69,7	30,3	0,00 1 df
	Mehrpersonen	69,2	30,8	
abgeschl. Berufsausb.	ja	71,2	28,8	3,42 1 df
	nein	67,6	32,4	
soziale Schicht	I und II	71,2	28,8	4,13 3 df
	III	70,7	29,3	
	IV	69,1	30,9	
	V	61,5	38,5	
Schulbildung	Volksschule	68,7	31,3	0,71 1 df
	mittl./höhere Sch.	71,0	29,0	
Alter	15 - 44	70,3	29,7	1,28 2 df
	45 - 64	68,5	31,5	
	65 u. älter	67,8	32,2	

Tabelle IV: SOMATISCHE DIAGNOSE, HAUSBESUCHE, SOZIALE BELASTUNG UND FRÜHERE PSYCHIATRISCHE BEHANDLUNG:
ÜBEREINSTIMMUNG IN DER FALLIDENTIFIKATION

Merkmale	Beurteilung durch HA u. Int. in %		PSYCHIATRISCHE DIAGNOSE SCHWEREGRAD 1 - 4		Signifikanz χ^2
			übereinstimmend I+A+/I-A-	unterschiedlich I+A-/I-A+	
somatische Diagnose (Hausarzt)	keine		72,7	27,3	2,99
	S = 1		67,3	32,7	1 df
	S $\geq$ 2		67,8	32,2	(S = 1 u. S $\geq$ 2 zusammengefaßt)
Hausbesuche	ja		64,7	35,3	2,06
	nein		70,0	30,0	1 df
soziale Belastung (Hausarzt)	keine		71,0	29,0	1,53
	ja		66,0	34,0	2 df
	unbekannt		69,9	30,1	
frühere psychiatrische Behandlung (Ang.d.Pat.)	keine		68,3	31,7	3,95*
	ambulant		74,3	25,7	1 df (amb.u.stat. zusammengefaßt)
	stationär		86,2	13,8	

* p < .05;

Tabelle V: ÜBEREINSTIMMUNGSRATEN VON INTERVIEWERN UND HAUSÄRZTEN; AUFSCHLÜSSELUNG NACH DIFFERENTIALDIAGNOSEN

Interviewer- urteil	1		2		3		4		5		6		7		8		9		GESAMT	
	a.	%	a.	%	a.	%	a.	%	a.	%	a.	%	a.	%	a.	%	a.	%	a.	%
1 (prä)senile Demenz	7	0,6	-	-	-	-	2	0,2	5	0,4	2	0,2	1	0,1	-	-	21	1,7	38	3,1
2 andere organische und psychiatr. Erkrank.	1	0,1	3	0,2	-	-	-	-	3	0,2	-	-	1	0,1	-	-	6	0,5	14	1,1
3 Schizophrenie	-	-	-	-	2	0,2	1	0,1	1	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	4	0,3
4 affektive und andere Psychosen	3	0,2	-	-	1	0,1	2	0,2	4	0,3	2	0,2	-	-	-	-	6	0,5	18	1,5
5 neurot. und psychosomat. Erkrank.	11	0,9	2	0,2	-	-	11	0,9	116	9,4	14	1,1	8	0,6	3	0,2	167	13,6	332	27,0
6 Persönlichkeitsstörungen	1	0,1	-	-	1	0,1	-	-	6	0,5	5	0,4	1	0,1	-	-	26	2,1	40	3,2
7 Alkoholismus und Drogenabhängigkeit	1	0,1	-	-	-	-	-	-	2	0,2	2	0,2	19	1,5	-	-	22	1,8	46	3,7
8 Oligophrenie	1	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,2	-	-	10	0,8	5	0,4	18	1,5
9 keine	13	1,1	4	0,3	-	-	4	0,3	59	4,8	29	2,4	13	1,1	3	0,2	596	48,4	721	58,6
GESAMT	38	3,1	9	0,7	4	0,3	20	1,6	196	15,9	56	4,5	43	3,5	16	1,3	849	69,0	1234	

Tabelle VI: SOZIODEMOGRAPHISCHE AUFSCHLÜSSELUNG DER VON DEN INTERVIEWERN IDENTIFIZIERTEN (I+) UND NICHT IDENTIFIZIERTEN (I-A+) PSYCHIATRISCHEN MORBIDITÄT

Identifizierung in %		Schweregrad ≥ 2		Signifikanz	Schweregrad 1 - 4		Signifikanz
Merkmale	Ausprägung	I-A+ (n=63)	I+ (n=237)	chi ²	I-A+ (n=125)	I+ (n=510)	chi ²
Geschlecht	männlich	42,9	36,9	0,77 1 df	42,4	39,8	0,37 1 df
	weiblich	57,1	63,7		57,6	60,2	
Haushaltsgröße	Einpersonen	14,3	16,0	0,16 1 df	10,4	14,1	1,37 1 df
	Mehrpersonen	85,7	84,0		89,6	85,9	
abgeschl. Berufsausbildung	ja	52,4	41,8	2,03 1 df	56,8	48,8	2,55 1 df
	nein	47,6	58,2		43,2	51,2	
soziale Schicht	I und II	15,9	8,0	6,92 3 df	16,0	13,5	8,24* 3 df
	III	31,7	35,9		29,6	39,6	
	IV	42,9	35,9		45,6	33,9	
	V	9,5	20,2		8,8	13,0	
Schulbildung	Volksschule	71,4	82,3	3,08 1 df	73,6	76,7	0,48 1 df
	mittl./höhere Sch.	28,6	17,7		26,4	23,3	
Alter	15 - 44	34,9	36,7	0,94 2 df	42,4	47,3	0,96 2 df
	45 - 64	33,4	38,0		31,2	30,0	
	65 u. älter	31,7	25,3		26,4	22,7	

* p < .05;

Tabelle VII: SOZIODEMOGRAPHISCHE AUFSCHLÜSSELUNG DER VON DEN PRAKTISCHEN ÄRZTEN IDENTIFIZIERTEN (A+) UND NICHT IDENTIFIZIERTEN (I+A-) PSYCHIATRISCHEN MORBIDITÄT

Identifizierung in %		Schweregrad ≥ 2 I+A- (n=84)	Schweregrad ≥ 2 A+ (n=219)	Signifikanz chi ²	Schweregrad I+A- (n=253)	1 - 4 A+ (n=382)	Signifikanz chi ²
Merkmale	Ausprägung						
Geschlecht	männlich weiblich	31,0 69,0	42,9 57,1	2,37 1 df	38,7 61,3	41,4 58,6	0,44 1 df
Haushaltsgröße	Einpersonen Mehrpersonen	13,1 86,9	14,6 85,4	0,13 1 df	11,9 88,1	14,4 85,6	0,90 1 df
abgeschl. Berufsausbildung	ja nein	29,8 70,2	52,5 47,5	12,99*** 1 df	44,3 55,7	54,5 45,5	5,92* 1 df
soziale Schicht	I und II III IV V	1,9 32,1 41,7 22,6	13,7 37,0 36,5 12,8	10,14* 3 df	13,8 39,5 33,2 13,5	14,1 36,4 38,2 11,3	2,08 3 df
Schulbildung	Volksschule mittl./höhere Sch.	81,0 19,0	77,2 22,8	0,38 1 df	75,9 24,1	76,2 23,8	0,00 1 df
Alter	15 - 44 45 - 64 65 u. älter	40,4 38,1 21,4	38,4 35,1 26,5	0,81 2 df	46,7 32,4 20,9	40,8 34,1 25,1	2,32 2 df

* p < .05; *** p < .001

Tabelle VIII: SOZIDEMOGRAPHISCHE AUFSCHLÜSSELUNG DER VON INTERVIEWER BZW. HAUSARZT NICHT IDENTIFIZIERTEN PATIENTEN MIT NEUROTISCHEN BZW. PSYCHOSOMATISCHEN STÖRUNGEN (SCHWEREGRADE 1 - 4)

Neurotische/psychosomatische Störungen in %		Schweregrad 1 - 4		Signifikanz chi ²	Schweregrade 1 - 4		Signifikanz chi ²
Merkmale	Ausprägung	I+A- (n=167)	A+ (n=196)		I-A+ (n=59)	I+ (n=332)	
Geschlecht	männlich	31,7	31,6	0,00 1 df	32,2	32,5	0,00 1 df
	weiblich	68,3	68,4		67,8	67,5	
Haushaltsgröße	Einpersonen	11,4	11,2	0,00 1 df	8,5	14,2	1,54 1 df
	Mehrpersonen	88,6	88,8		91,5	85,8	
abgeschl. Berufsausbild.	ja	43,1	57,1	7,50** 1 df	57,6	48,8	1,28 1 df
	nein	56,9	42,9		42,4	51,2	
soziale Schicht	I und II	14,4	17,3	1,29 3 df	20,3	15,4	3,39 3 df
	III	43,1	40,8		30,5	42,5	
	IV	29,3	33,7		40,7	32,2	
	V	13,2	8,2		8,5	9,9	
Schulbildung	Volksschule	72,5	72,4	0,00 1 df	69,5	72,9	0,40 1 df
	mittl./höhere Sch.	27,5	27,6		30,5	27,1	
Alter	15 - 44	52,7	46,0	1,81 2 df	49,2	47,8	0,39 2 df
	45 - 64	35,4	38,2		33,8	38,0	
	65 u. älter	11,9	15,8		16,9	14,2	

** p < .01;

Tabelle IX: VOM HAUSARZT BZW. INTERVIEWER NICHT IDENTIFIZIERTE STÖRUNGEN NACH SOMATISCHER DIAGNOSE, HAUSBESUCHEN, SOZIALER BELASTUNG UND FRÜHERER PSYCHIATRISCHER BEHANDLUNG DER PROBANDEN

Merkmale	Identifizierung in %	Psychiatr.Diagnose S = 1-4		Signifikanz chi ²	Psychiatr.Diagnose S = 1-4		Signifikanz chi ²
		I+A- n=253	A+ n=382		I+A+ n=125	I+ n=510	
somatische Diagnose (Hausarzt)	keine	30,8	24,3		22,4	28,0	
	S = 1	11,1	5,7	13,20** 2 df	4,8	8,0	3,79 2 df
	S ≥ 2	58,1	70,7		72,8	63,9	
Hausbesuch	ja	13,4	21,8	7,37** 1 df	20,8	19,4	0,60 1 df
	nein	86,6	78,2		79,2	80,6	
soziale Belastung (Hausarzt)	keine	64,4	39,0		39,2	51,6	
	ja	26,5	33,9	46,85*** 2 df	54,4	40,2	7,95* 2 df
	unbekannt	9,1	7,1		6,4	8,2	
frühere psychiatrische Behandlung (Ang.v.Pat.)	keine	90,1	73,8		95,2	76,7	
	ambulant	8,3	20,2	26,43*** 2 df	4,8	18,0	21,43*** 2 df
	stationär	1,6	6,0		-	5,3	

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001;

Tabelle X: SOZIODEMOGRAPHISCHE CHARAKTERISIERUNG DER PROBANDEN BEZÜGLICH DER THERAPIEVORSCHLÄGE VON INTERVIEWERN UND HAUSÄRZTEN

Therapievorschläge in %		MEDIKAMENTÖS		Signifikanz chi ²	NICHT MEDIKAMENTÖS		Signifikanz chi ²
Merkmale	Ausprägung	Psychiater	Hausarzt		Psychiater	Hausarzt	
Geschlecht	männlich weiblich	33,6 66,4	38,5 61,5	0,97 1 df	39,4 60,6	54,2 45,8	5,23* 1 df
Haushaltsgroe	Einpersonen	16,8	19,6	0,37	13,9	8,3	1,40
	Mehrpersonen	83,2	80,4	1 df	86,1	91,7	1 df
abgeschl. Berufsausbildung	ja	40,9	56,1	6,81*	50,6	41,7	2,30
	nein	59,1	43,9	1 df	49,4	58,3	1 df
soziale Schicht	I und II	6,6	12,8		11,6	12,5	
	III	39,4	42,6	5,19	37,2	25,0	4,74
	IV	37,2	35,1	3 df	35,6	42,7	3 df
	V	16,0	9,5		15,6	19,8	
Schulbildung	Volksschule	89,1	77,0	5,98*	72,2	81,3	3,08
	mittl./höhere Sch.	10,9	23,0	1 df	27,8	18,7	1 df
Alter	15 - 44	25,5	31,0		53,3	53,1	
	45 - 64	37,9	33,8	1,18	33,8	34,3	0,00
	65 u. lter	36,5	35,1	2 df	12,8	12,5	2 df

* p < .05;

Tabelle XI: SOZIODEMOGRAPHISCHE CHARAKTERISIERUNG DER PROBANDEN MIT NEUROTISCHEN BZW. PSYCHOSOMATISCHEN STÖRUNGEN BEZÜGLICH DER THERAPIEVORSCHLÄGE VON INTERVIEWERN UND HAUSÄRZTEN

neurotische/ psychosomatische Störungen in %		MEDIKAMENTÖS		Signifikanz	NICHT MEDIKAMENTÖS		Signifikanz
Merkmale	Ausprägung	Psychiater	Hausarzt	chi ²	Psychiater	Hausarzt	chi ²
Geschlecht	männlich weiblich	30,2 69,8	32,9 67,1	0,12 1 df	32,4 67,6	32,1 67,9	0,00 1 df
Haushaltsgröße	Einpersonen Mehrpersonen	19,8 80,2	13,2 86,8	1,60 1 df	12,5 87,5	6,5 93,5	2,40 1 df
abgeschl. Berufsausbildung	ja nein	39,5 60,5	61,8 38,2	8,02** 1 df	52,9 47,1	43,4 56,6	1,69 1 df
soziale Schicht	I und II III IV V	9,5 40,7 34,9 15,1	17,1 44,7 31,6 6,6	4,06 3 df	13,2 39,7 36,8 10,3	17,0 34,0 39,6 9,4	0,53 3 df
Schulbildung	Volksschule mittl./höhere Sch.	84,9 15,1	69,7 30,3	0,59 1 df	67,6 32,4	84,9 15,1	6,37* 1 df
Alter	15 - 44 45 - 64 65 u. älter	31,4 45,4 23,6	43,5 36,9 19,7	2,32 2 df	54,4 35,3 10,3	50,9 39,6 9,4	0,34 2 df

* p < .05;

Tabelle XII: THERAPIEVORSCHLÄGE LAUT INTERVIEWER UND HAUSARZT BEI PATIENTEN MIT PSYCHISCHEN STÖRUNGEN HINSICHTLICH SOMATISCHE DIAGNOSE, HAUSBESUCHE, SOZIALER BELASTUNG UND FRÜHERER PSYCHIATRISCHER BEHANDLUNG

-111-

Therapievorschläge in %	MEDIKAMENTÖS		NICHT MEDIKAMENTÖS		Signifikanz
	Psychiater	Hausarzt	Psychiater	Hausarzt	chi ²
SOMATISCHE DIAGNOSE					1 df
gesund	24,8	18,9	27,8	39,4	3,30
Schweregrade 1 - 4	75,2	81,1	72,2	60,6	-
Schweregrade ≥ 2	73,0	77,7	58,9	56,3	-
HAUSBESUCHE (in den letzten 12 Monaten)					1 df
Probanden					
mit Hausbesuch	30,7	25,0	18,3	19,7	0,13
ohne Hausbesuch	69,3	75,0	81,7	80,3	
SOZIALE BELASTUNG					2 df
keine	48,2	38,5	52,7	26,8	
ja	46,7	52,7	38,9	62,0	13,80**
unbekannt	5,1	8,8	8,3	11,3	
frühere psychiatr.Behandl.					2 df
keine	47,4	64,9	75,0	64,8	
ambulant	38,0	25,0	19,4	31,0	4,17
stationär	14,6	10,1	5,6	4,2	

* p < .05; ** p < .01;

Tabelle XIII: SOZIODEMOGRAPHISCHE AUFSCHLÜSSELUNG DER PROBANDEN HINSICHTLICH DER THERAPEUTISCHEN INSTITUTIONEN,
DIE VON INTERVIEWERN UND HAUSÄRZTEN VORGESCHLAGEN WURDEN

Therapeutische Institutionen in %		HAUSARZT		Signif. chi ²	NERVENARZT		Signif. chi ²	PSYCHOTHERAPEUT		Signif. chi ²
Merkmal	Ausprägung	Psych.	HA		Psych.	HA		Psych.	HA	
Geschlecht	männlich	34,5	37,8	0,27 1 df	38,7	54,3	2,33 1 df	31,9	37,5	0,38 1 df
	weiblich	65,5	62,2		61,3	45,7		68,1	62,5	
Haushaltsgröße	Einpersonen	14,7	16,2	0,13 1 df	16,2	17,1	0,00 1 df	14,9	-	x
	Mehrpersonen	85,3	83,8		83,8	82,9		85,1	100,0	
abgeschl. Berufsausbildung	ja	44,0	54,9	3,06 1 df	45,1	51,4	0,57 1 df	57,4	50,0	0,34 1 df
	nein	56,0	45,1		54,9	48,6		42,6	50,0	
soziale Schicht	I und II	55,2	57,0	0,52 1 df	40,1	34,3	0,60 1 df	59,5	75,0	1,44 1 df
	III IV V	44,8	43,0		59,8	65,7		40,4	25,0	
Schulbildung	Volksschule	82,8	73,2	3,24 1 df	84,5	88,6	0,29 1 df	55,3	81,3	3,21 1 df
	mittl./höh.Sch.	17,2	26,8		15,5	11,4		45,7	18,7	
Alter	15 - 44	26,7	33,8	1,73 2 df	45,0	45,7	0,28 2 df	63,8	43,7	x
	45 - 64	36,2	34,5		35,9	31,5		34,1	50,0	
	65 u. älter	37,1	31,7		19,0	22,9		2,1	6,2	

x = keine Signifikanzberechnung aufgrund zu geringer Erwartungswerte

Tabelle XIV: SOZIODEMOGRAPHISCHE AUFSCHLÜSSELUNG DER PROBANDEN MIT NEUROTISCHEN BZW. PSYCHOSOMATISCHEN STÖRUNGEN
HINSICHTLICH THERAPEUTISCHER INSTITUTIONEN, DIE VOM INTERVIEWER BZW. HAUSARZT VORGESCHLAGEN WURDEN

Neurotische/psychosomat. Störungen		HAUSARZT		Signif. chi ²	NERVENARZT		Signif. chi ²	PSYCHOTHERAPEUT		Signif. chi ²
Merkmale	Ausprägungen	Psych.	HA		Psych.	HA		Psych.	HA	
Geschlecht	männlich weiblich	28,8 71,2	27,5 72,5	0,00 1 df	34,5 65,5	44,5 55,5	1,17 1 df	31,8 68,2	40,0 60,0	0,40 1 df
Haushaltsgröße	Einpersonen	13,7	8,7	1,06 1 df	16,2	22,4	x	15,9	-	x
	Mehrpersonen	86,3	91,3		83,8	77,6		84,1	100,0	
abgeschl. Berufsausbildung	ja	46,6	57,5	1,68 1 df	42,4	66,7	4,25*	61,4	46,7	0,34
	nein	53,4	42,5		57,6	33,3	1 df	38,6	53,3	1 df
soziale Schicht	I und II	60,3	62,5	0,11 1 df	42,4	38,9	0,27 1 df	61,4	73,3	0,40 1 df
	III									
	IV	39,7	37,5		57,6	61,1		38,6	26,7	
	V									
Schulbildung	Volksschule	79,5	68,8	2,17 1 df	84,8	83,3	x	52,3	86,7	5,98*
	mittl/höh. Sch.	20,5	31,2		15,2	16,7		47,7	13,3	1 df
Alter	15 - 44	30,1	47,6	5,01 1 df	48,5	55,6	x	61,4	40,0	x
	45 - 64	45,2	36,2		36,4	33,3		36,3	53,3	
	65 u. älter	24,7	16,2		15,2	11,1		2,3	6,7	

x = keine Signifikanzbestimmung aufgrund zu geringer Erwartungswerte

* p < .05

Tabelle XV: THERAPEUTISCHE INSTITUTIONEN LAUT INTERVIEWER UND HAUSARZT BEI PATIENTEN MIT PSYCHISCHEN STÖRUNGEN

HINSICHTLICH SOMATISCHER DIAGNOSE, HAUSBESUCHE, SOZIALER BELASTUNG UND FRÜHERER PSYCHIATRISCHER BEHANDLUNG

Therapeutische Institutionen in %		HAUSARZT		Signif.	NERVENARZT		Signif.	PSYCHOTHERAPEUT		Signif.
		Psych.	HA	chi ²	Psych.	HA	chi ²	Psych.	HA	chi ²
SOMATISCHE DIAGNOSE				1 df			1 df			1 df
gesund		23,3	16,2		29,6	37,1		29,8	56,2	
Schweregrade 1 - 4		76,7	83,8	2,52	70,9	62,9	0,66	70,2	43,8	3,23
Schweregrade ≥ 2		67,2	78,2	-	63,6	62,9	-	57,4	43,8	-
HAUSBESUCHE (in den letzten 12 Monaten)				1 df						1 df
Probanden										
mit Hausbesuch		25,0	23,9		27,5	20,0		6,4	19,7	
ohne Hausbesuch		75,0	76,1	0,09	72,5	80,0		93,6	81,3	0,15 (Nervenarzt u. Psychoth. zusammengef.)
SOZIALE BELASTUNG				2 df						2 df
keine		52,6	36,6		44,4	40,0		66,0	18,7	4,25
ja		42,2	52,8	7,12*	47,2	48,6		25,5	68,8	(Nervenarzt u. Psychotherap. zusammengef.)
unbekannt		5,2	10,6		8,4	11,4		8,5	12,5	
FRÜHERE PSYCHIATR. BEHANDLUNG				1 df			1 df			1 df
keine		74,1	76,1		50,7	22,8		78,7	62,5	
ambulant		20,7	19,0	0,08 amb.u. stat.	34,5	54,3	9,19** amb.u. stat.	19,1	37,5	1,44 amb.u. stat.
stationär		5,2	4,9	zus.gef.	14,8	22,8	zus.gef.	2,2	-	zus.gef.

* $p < .05$; ** $p < .01$;

Tabelle XVI: VERTEILUNG SOZIODEMOGRAPHISCHER MERKMALE IN DEN EINZELPRAXEN

Einzelpraxen Anteile in %		A n=102	B n=122	C n= 54	D n= 64	E n=103	F n= 52	G n= 76	H n= 77	I n=96	K n=109	L n= 85	GESAMT- DURCHSCHN n = 1284
Merkmal	Ausprägung												
Geschlecht	männlich	47,1	46,7	50,0	35,9	39,8	44,2	50,0	29,9	45,8	38,5	55,3	44
	weiblich	52,9	53,3	50,0	63,1	60,2	55,8	50,0	70,1	54,2	61,5	44,7	55
Haushaltsgr.	Einpersonen	8,8	4,9	9,3	12,5	21,4	13,5	11,8	10,4	10,4	8,3	8,2	12
	Mehrpersonen	91,2	95,1	90,7	87,5	78,6	86,5	88,2	89,6	89,6	91,7	91,7	88
Schulbildung	Volksschule	96,1	84,4	63,0	62,5	66,0	69,2	81,6	64,9	70,8	66,1	72,9	73
	mittl./höh.Sch.	3,9	15,6	37,0	37,5	34,0	30,8	18,4	35,1	29,2	33,9	27,1	27
soziale Schicht	I und II	2,9	8,2	22,2	21,9	15,5	17,3	11,8	14,3	17,7	15,6	14,1	16
	III	21,6	30,3	46,3	51,6	51,5	40,4	39,5	40,3	34,4	39,4	34,1	39
	IV	52,9	43,4	27,8	21,9	30,1	38,5	43,4	36,4	30,2	43,1	38,8	36
	V	22,5	18,0	3,7	4,7	2,9	3,8	5,3	9,1	17,7	1,8	12,9	9
Alter	15 - 24	16,7	17,2	14,8	18,8	17,5	15,4	14,5	14,3	14,6	18,3	17,6	15
	25 - 34	4,9	19,7	16,7	21,9	12,6	15,4	9,2	27,3	22,9	13,8	15,3	15
	35 - 44	13,7	18,0	18,5	23,4	10,7	13,5	19,7	24,7	24,0	10,1	21,2	17
	45 - 54	17,6	14,8	18,5	10,9	12,6	7,7	23,7	9,1	17,7	17,4	14,1	16
	55 - 64	13,7	11,5	7,4	12,5	21,4	18,5	13,2	10,4	10,4	20,2	14,1	15
	65 u. älter	33,3	18,9	24,1	12,5	25,2	28,8	19,7	14,3	10,4	20,2	17,6	22

Tabelle XVII: VERTEILUNG VON PROBANDEN MIT SOMATISCHER DIAGNOSE, HAUSBESUCHE, SOZIALER BELASTUNG UND FRÜHERER PSYCHIATRISCHER BEHANDLUNG

Einzelpraxen	Anteile in %	A n=102	B n=111	C n= 50	D n= 61	E n= 97	F n= 50	G n= 76	H n= 64	I n=90	K n=107	L n=83
Merkmale												
Somatische Diagnose S 1-4 (HA)	S ≥ 2	24,5 14,7	54,9 43,2	40,0 28,0	95,0 91,8	75,2 74,2	98,0 90,0	61,8 53,9	76,6 71,9	53,4 45,6	89,6 86,9	57,9 43,4
Hausbesuche in den letzten 12 Monaten		13,7	18,0	12,0	3,3	13,4	22,0	14,5	14,1	7,7	13,1	12,0
soziale Belastung (HA)		24,5	54,1	22,0	50,8	40,9	58,0	22,4	40,6	24,4	26,2	16,9
frühere psychiatr. Behandl. (Pat.) ambulant stationär		6,9 3,9	9,0 1,8	4,0 -	6,6 1,6	6,2 -	6,0 4,0	9,2 3,9	18,8 4,7	8,9 4,4	5,6 1,9	13,3 -

Tabelle XVII: ÜBEREINSTIMMUNG BEI DER IDENTIFIZIERUNG PSYCHISCHER STÖRUNGEN ZWISCHEN INTERVIEWER UND HAUSARZT IN DEN EINZELPRAXEN

Identifizierung psych. Störungen		Übereinstimmung	SCHWEREGRADE ≥ 2				SCHWEREGRADE 1 - 4						
			I+A+ abs.	%	I+A- abs.	%	I+A+ abs.	%	I+A- abs.	%			
Einzelpraxen	n =												
A	102		5	4,9	20	19,6	-	12	11,8	32	31,4	1	1,0
B	111		10	9,0	6	5,4	4	24	21,6	22	19,8	20	18,0
C	50		1	2,0	7	14,0	1	4	8,0	27	54,0	2	4,0
D	61		5	8,2	10	16,4	5	17	27,9	1	19,7	12	19,7
E	97		14	14,4	10	10,3	6	21	21,6	26	26,8	9	9,3
F	50		7	14,0	3	6,0	5	19	38,0	7	14,0	9	18,0
G	76		12	15,8	4	5,3	5	16	21,1	8	10,5	6	7,9
H	64		12	18,8	-	-	8	18	28,1	13	20,3	12	18,8
I	90		14	15,6	10	11,1	5	23	25,6	13	13,3	8	8,9
K	107		9	8,4	4	3,7	4	14	13,1	21	19,6	9	8,4
L	83		19	22,9	4	4,8	3	24	28,9	13	14,5	2	2,4

LEBENS LAUF

=====

Michael Wilke	geboren am 27.05.1952 in Hannover
Eltern:	Heinz Wilke, Kaufmann Martha Wilke, geb. Hanig
Schulausbildung:	1958 Einschulung an der Volksschule in der Haimhauserstraße in München 1962 Übertritt in das Alte Realgymnasium (heutiges Oskar-von-Miller Gymnasium) 1966 Wechsel an das private Gymnasium Dr.Florian Überreiter 1968 Wechsel an das Nymphenburger Gymnasium 1971 Absolvierung der Reifeprüfung
Okt. 1971 - Juni 1973	Dienstzeit bei der Bundeswehr als Sanitätssoldat
Universitätsausbildung:	Okt. 1973 Aufnahme des Studiums der Physik an der Ludwig-Maximilians-Universität in München Mai 1975 Zuteilung eines Studienplatzes für Humanmedizin an derselben Hochschule August 1976 Ärztliche Vorprüfung August 1977 1. Abschnitt der ärztlichen Prüfung April 1979 Krankenhausfamulatur in Tobago/ West Indien Märzt 1980 2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung April 1981 3. Abschnitt der ärztlichen Prüfung Mai 1981 Erteilung der Approbation als Arzt

